DIE HYSTERISCHEN BEWEGUNGSSTÖRUNGEN ALS MASSENERSCHEINUNG IM KRIEG, IHRE ENTSTEHUNG UND PROGNOSE

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

GROSSHERZOGLICH BADISCHEN

RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT IN HEIDELBERG

VORGELEGT

VON

HEINRICH STERN

REFERENT:
GEHEIMRAT PROF. NISSL

DEKAN:
GEHEIMRAT PROF. GOTTLIEB

VERLAGSBUCHHANDLUNG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN
1917

HERRN PROFESSOR DR. A. FRAENKEL-
BADENWEILER

IN DANKBARER VEREHRUNG

ZUGEEIGNET

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0105

Allgemeine Übersicht.

Sämtliche zu vorliegender Arbeit zusammengestellten 230 Fälle stammen aus dem Krankenmaterial[1]) der Psychiatrisch-neurologischen Beobachtungsstation des Nervenlazaretts Sandgasse, Heidelberg, oder aus dem Speziallazarett für Hystero-Somatiker Rohrbach bei Heidelberg. Letzteres ging im Februar 1916 aus ersterem, das aufgelöst wurde, hervor. Mai 1915 setzt die Zeit der „aktiven" Suggestivbehandlung ein.

Die Auswahl der Fälle geschah nur nach dem Gesichtspunkt der Vollständigkeit der objektiven Unterlagen ohne Rücksicht auf Entstehung oder Verlauf des Falles. Die Krankenblätter sind zum weitaus größten Teil ausführlich. Die Vorgeschichten mit ihren Unterabteilungen „Kriegserlebnisse" und „Lebenslauf" sind meist breit gehalten und gestatten in der überwiegenden Zahl der Fälle eine ausreichende Beurteilung der Persönlichkeit des Kranken und der krankmachenden Schädlichkeiten.

Die Krankengeschichten des Eigenlazaretts sowie die dort gefertigten D.-U.-Zeugnisse liegen in ungekürzter Abschrift vor. Aus Krankengeschichten vorbehandelnder Lazarette wurden zum Teil Abschriften, zum Teil Auszüge gemacht. Ein größerer Teil der Kranken wurde vom Verfasser während seiner Tätigkeit im Lazarett Sandgasse und Rohrbach persönlich untersucht oder behandelt. Über viele konnte Verfasser noch ergänzende Angaben aus dem Munde der behandelnden Ärzte erhalten. Bei den übrigen wurden nur die Krankenblattabschriften benützt. Ferner wurde von jedem Falle ein Stammrollenauszug und ein Auszug aus dem Zivilstrafregister beschafft.

Bei den katamnestischen Anfragen wurde für jeden Fall ein Fragebogen nach folgendem Muster benutzt:

Anschrift:

Es wird höflichst gebeten, beifolgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und umgehend zurückzuschicken.

Die Anfrage geschieht nicht aus militärischen, sondern aus wissenschaftlichen Gründen.

---

[1]) Auf kritische Auseinandersetzung mit den geltenden Anschauungen und der Kriegsliteratur sei verzichtet und als Unterlage auf die Birnbaumschen Sammelreferate in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. verwiesen.

Der X. war vom ... bis ... hier in Behandlung.

Es ist von großem ärztlichem Interesse, seinen weiteren Lebenslauf zu erfahren.

1. War er seither in einem Lazarett oder Genesungsheim?
2. Ist er zur Zeit beim Militär und welchen Dienst versieht er?
3. Ist er vom Militär entlassen? Wann? Auf wie lange?
4. Kann er arbeiten?
   a) In seinem früheren Beruf?
   b) Mußte er den Beruf wechseln?
   c) Welche Beschwerden und Krankheitserscheinungen bestehen zur Zeit? (Bitte ausführlich.)
5. Was macht das „Zittern"? (Je nachdem.)
6. Ist er in ärztlicher Behandlung?
   (Wenn ja, wollen Sie, bitte, den Arzt ersuchen, seinen Befund hierher zu berichten.)
   Name und Adresse des Arztes?
7. Sollten Sie nach eigenem Gutdünken noch weitere Angaben machen wollen über seine Tätigkeit beim Militär oder zu Hause, sowie über seinen Gesundheitszustand, so bitten wir höflich, hier noch einige weitere Bemerkungen anzuführen.

Diese Anfragen wurden an die nächsten Verwandten gerichtet. Bei Verheirateten an die Ehefrau, bei den Ledigen an die Eltern, Geschwister oder sonstige Verwandte, deren Adresse jeweils auf den Krankenblättern der Lazarette Sandgasse und Rohrbach bereits vorsorglich vermerkt waren. Entsprechend der vorsichtigen Fragestellung, welche absichtlich die Frage nach der Rente einer zweiten, besonderen Ergänzungsfrage vorbehielt, fielen die Antworten an Qualität und Quantität fast durchweg befriedigend aus. Besonders die Bitte um ausführliche Berichte nach eigenem Gutdünken fand in vielen Fällen weitgehend Berücksichtigung. Nicht nur aus dem Inhalt, sondern auch aus Stil und Ton der Berichte, ließen sich fast in jedem Falle einwandfreie Hinweise entnehmen, die für das Verständnis dieser oder jener Verlaufsart wertvoll waren. So ergaben sich vielfach Einblicke in die Art und Weise, wie sich der Pat. oder seine Umgebung zu seiner Krankheit stellt, wie er über seine Arbeitsfähigkeit denkt, von welchen Komplexen er in merklicher Weise beherrscht wird (Rentenfragen, Frontangst usw.), ob familiäre oder soziale Einflüsse besonderer Art im Spiel sind. Es versteht sich, daß diese Hinweise mit der nötigen Kritik und nur zu Ergänzungen verwendet wurden. Der Hauptakzent lag auf der Beurteilung der objektiven katamnestischen Unterlagen. Diese wurden nach Eingang des allgemeinen Fragebogens für jeden Fall individuell ausgebaut durch Anfragen bei Ersatztruppenteil, Genesungskompagnie oder Lazarett, in denen sich die Kranken noch aufhielten, sowie bei Firmen oder Behörden, bei denen sie angestellt waren, bei Ärzten, in deren Behandlung sie waren, bei den Bürgermeistern ihres Wohnorts und bei den zuständigen Bezirkskommandos. Auf alle nur unvollständig verfolgbaren Fälle wurde verzichtet. Abgesehen von Adreßschwierigkeiten, blieb eine kleine Anzahl von Anfragen von vornherein und auch bei mehrmaligem Mahnen ohne Antwort. Insgesamt ist so die Zahl der ursprünglich aufgestellten Fälle von 280 auf 230 zurückgegangen. Ein direkter Widerspruch zwischen den eigenen Angaben der Patienten und objektiven katamnestischen Aussagen ließ sich nur in einer verschwindend kleinen Zahl von Fällen nachweisen. Dagegen waren leicht nach der schlechten Seite hin gefärbte Berichte vor allem über die Arbeitsfähigkeit doch fast die Regel.

Aus dem so erhaltenen Aktenmaterial wurden nach dem Kartotheksystem ausführliche Auszüge gemacht in Form von Einträgen in ein Schema, das übersichtlich alle für die Beurteilung in Frage kommenden Punkte enthielt. Zum Einblick in die Entstehung der Ergebnisse dieser Arbeit soll das zugrunde gelegte Schema hier wiedergegeben werden. Die Anordnung der einzelnen Punkte richtet sich mehr nach der Raumverteilung auf dem Kartothekblatt als nach dem Sinn:

1. Name, Dienstgrad, Truppengattung. 2. Beruf, Zivilstand, Alter. 3. Anzahl der in den verschiedenen Dienstzweigen verbrachten Monate. 4. Besondere Bemerkungen über die Kriegsdienstzeit. 5. Anzahl der bis zur Einlieferung hierher besuchten Lazarette. 6. Anzahl der dabei verbrachten Monate. 7. Ob im Feld usw. entstanden. 8. Entstehungstag. 9. Über die aktive Dienstzeit. 10. Über das Verhalten bis zum Auftreten der hysterischen Störung. 11. Persönlichkeit, körperliche und intellektuelle Veranlagung, Entwicklung, Krankheiten usw. 12. Familienanamnese. 13. Über die frühere Berufstätigkeit. 14. Auslösende Ursache. 15. Genauer Krankheits- und Symptomverlauf. 16. Besonderheiten und Komplikationen, seelisches Verhalten, Komplexe. 17. Art der bisherigen Lazarette und Diagnosen. 18. Bisherige Behandlung und evtl. die hysterischen Symptome begünstigende Schädlichkeiten. 19. Zeit der hiesigen Beobachtung. 20. Termin des letzten katamnestischen Berichts. 21. Hiesige Beurteilung der Dienstfähigkeit. 22. Festgesetzte Rentenhöhe. 23. Art und Erfolg der Behandlung. 24. Entlassung von hier nach: — 25. Weitere militärische Leistungen. 26. Höhe der ausgezahlten Rente. Sonstige Unterstützung. 28. Nach Entlassung in ärztlicher Behandlung? 29. Anhaltspunkte für soziale Stellung, Milieueinflüsse (Rentenkampf) nach der Entlassung. 30. Ergebnisse der Nachuntersuchung oder sonstige militärärztliche Angaben über den Verlauf. 31. Angaben über die Arbeitsfähigkeit nach der Entlassung, a) vom Pat. selbst oder seinen Angehörigen, b) von Behörden, Firmen, Privatärzten usw. 32. Angaben über die seelischen und körperlichen Krankheitserscheinungen, a) vom Pat. selbst usw., b) von Behörden, Ärzten usw.

Alles Weitere an Methodik ergibt sich nun von selbst. Wo infolge mangelnder Unterlagen Fächer unseres Schemas leer bleiben mußten, wurde das in der Statistik entsprechend berücksichtigt, so daß für manche Ergebnisse nicht die Gesamtheit, sondern nur die Zahl der prüfbaren Fälle zugrunde gelegt wurde.

Erkrankungsdatum: Die Mehrzahl unserer Fälle stammt aus dem Jahr 1914 und 1915, und zwar erkrankten 32 zwischen August und Dezember 1914; 80 zwischen Januar und Juni 1915; 78 zwischen Juli und Dezember 1915; 41 zwischen Januar und Juni 1916.

Beobachtungszeit: 121 Fälle kamen im Lazarett Sandgasse oder Rohrbach 1 mal, 8 Fälle 2 mal, 1 Fall 3 mal zur Beobachtung. Die mehrfache Beobachtung betraf meist wiedereingewiesene Rentenempfänger. Die hiesige Beobachtung bildete die Hauptgrundlage der objektiven Beurteilung der Fälle durch den Verfasser.

Es wurden beobachtet:

Monatszahl	1/2	1	2	3—5	6—9
Fälle	52	86	48	33	7

Die Gesamtzeit der Beobachtung vom Auftreten der Bewegungsstörung an bis zum Eintreffen des letzten Berichts über das Schicksal des Patienten beträgt:

	unter 6	6—11	12—18	18—24	über 24
Fälle	3	42	90	76	19

Letzter Katamnesentermin:

Monatszahl	August bis Sept. 1916	Okt. 1916	Nov. bis Dezbr. 1916	Jan. 1917	Febr. 1917	März 1917
Fälle	41	103	11	25	25	25

Die Fälle, deren letzte Katamnese aus dem Herbst 1916 stammt, waren zumeist für dauernd oder eine längere Reihe von Monaten kriegsunbrauchbar, bedurften also vorläufig keiner weiteren Nachfrage.

Frühere Lazarette. 7 Fälle kamen frisch von der Front, 97 waren vorher in 1—2 Lazaretten, 119 in 3—5 Lazaretten, 8 in mehr als 5 Lazaretten, ehe sie hier Aufnahme fanden.

Aufenthaltsdauer in vorbehandelnden Lazaretten:

Zeit	unter 1 Monat	2—4 Monate	4—6 Monate	über 6 Monate
Fälle	44 [1])	106	33	47

Dauer der Lazarettbehandlung. Die Gesamtlazarettdauer abzüglich der zwischendurch im Dienst, auf Urlaub, in Genesungskompagnien usw. zugebrachten Zeitabschnitte betrug:

Monatszahl	1—3	3,5—6	6,5—10	10,5—15	15,5—20	über 20
Fälle	38	87	66	28	7	4

Also **durchschnittlicher Gesamtlazarettaufenthalt** wegen der hysterischen Störung:

Bei 125 Fällen weniger als 6 Monate
„ 105 „ mehr „ 6 „

Altersklassen (vom Diensteintritt während des jetzigen Feldzugs ab gerechnet):

Jahre	unter 18	20—30	30—40	über 40
Fälle	1	127	91	11

[1]) Darunter die, welche direkt von der Front, von Truppenteilen und aus Revieren kamen.

Zivilstand: Ledig waren beim Diensteintritt 103. Es verheirateten sich während des Krieges 4, davon 2 nach der Entlassung als kr. u. Verheiratet waren 123. Darunter waren 28 kinderlose Ehen; 75 Ehen mit bis zu 3 Kindern; 15 Ehen mit 4—6 Kindern, 1 Ehe mit über 6 Kindern und 8 Ehen mit unbekannter Kinderzahl.

Berufe: 83 gelernte Handwerker, 64 Arbeiter, 37 kaufmännische Angestellte, 37 Landwirte, 9 freie Berufe.

Schulbildung: Höhere Lehranstalten besuchten 23, die anderen 207 haben Volksschulbildung.

Bestrafungen: Insgesamt 33 Mann hatten Zivilstrafen aufzuweisen, 11 mal in Form einer Gefängnisstrafe. Es waren 17 Mann 1 mal bestraft, 12 Mann 2—4 mal bestraft und je 1 Mann 10, 12, 15- und 36 mal bestraft. Die letzten 4 waren neben anderen Vergehen meist wegen Bettelns und Landstreicherei in Haft. Körperverletzung kam am häufigsten, im ganzen 17 mal vor, und zwar bei Leuten, die zugleich wegen der nächsthäufigen (22 mal) Deliktarten: Widerstand, Beleidigung, Nötigung, Mißhandlung, Hausfriedensbruch, grober Unfug bestraft waren. Sie fielen fast durchweg auf das Konto der Reizbaren, daneben der hysterischen Psychopathen. Diebstahl, Betrug, Unterschlagung, Sittlichkeitsverbrechen fanden sich zusammen im Strafregister von 17 Individuen, die fast durchweg verschiedene seelische Regelwidrigkeiten boten. 2 Unteroffiziere hatten Arreststrafen wegen Mißhandlung Untergebener aufzuweisen.

Friedensdienstzeit: 105 hatten gedient, 125 hatten nicht gedient. Von den Gedienten wurden in der aktiven Dienstzeit 5 entlassen, und zwar 3 wegen körperlicher Erkrankung und 2 aus unbekannten Gründen. 1 (fahnenflüchtig) wurde Soldat II. Klasse. 1 hatte mit Auszeichnung den Kiautschoufeldzug mitgemacht. Von den Ungedienten haben 83 aus unbekannten Gründen nicht gedient, 17 waren noch nicht dienstpflichtige Kriegsfreiwillige, bei 25 sind die Gründe zur Nichtheranziehung zum aktiven Dienst bekannt, und zwar lag vor: in 10 Fällen allgemeine Körperschwäche, in 12 Fällen geringe körperliche Gebrechen oder Krankheiten, in 3 Fällen Reklamation resp. Überzähligkeit.

Auszeichnungen erwarben sich im Krieg 17 Leute, und zwar 2 die Badische Verdienstmedaille und 15 das Eiserne Kreuz II. Klasse. In 2 Fällen wurde das Eiserne Kreuz II. Klasse Hystero-Somatikern als „Schwer Kriegsbeschädigten" erst im Lazarett verliehen.

Dienstgrade: Beim Auftreten der hysterischen Bewegungsstörung hatten die Patienten folgende Dienstgrade inne: 194 Gemeine, von denen 13 aktiv ins Feld rückten, d. h. dem Jahrgang 1912 oder 1913 angehörten, 22 Gefreite, davon 7 vom aktiven Jahrgang, 13 Unteroffi-

ziere, davon 5 vom aktiven Jahrgang, sowie 1 Offizierstellvertreter. Berufsunteroffiziere fehlen.

Truppengattungen: Es gehörten beim Auftreten der hysterischen Symptome folgenden Truppengattungen an:

Infanterie	Feld-artillerie	Fuß-artillerie	Armierung	Pioniere	Train	Kavallerie	Spezial-truppen
175	12	10	12	9	4	1	7

Körperliche und intellektuelle Veranlagung: 10 besonders Kräftige, 176 Mittelkräftige, 40 Schwächliche oder mit erheblichen Gebrechen Behaftete, 4 ausgesprochen Fettleibige.

183 von durchschnittlicher Intelligenz, 35 mäßig Begabte resp. geistig Minderwertige, 8 Debile, 4 Imbezille.

Psychische und nervöse Funktionen: 67 sind ihrer Veranlagung nach als „gesund" zu bezeichnen, 16 in dieser Hinsicht fraglich, 147 dagegen zeigten bereits vor der Einziehung Regelwidrigkeiten.

Regelwidrige Persönlichkeiten: In folgender Aufstellung soll versucht werden, die 147 „Regelwidrigen" in Typen zu ordnen, wobei zugegeben wird, daß diese Einordnung nach der üblichen Nomenklatur nicht immer frei von Willkür bleiben konnte, da im Leben die Grenzen fließen und die Typenbereiche sich überschneiden:

Hysterische Charaktere . . . 5
Schwere Psychopathen mit vorwiegend hysterischen Zügen 29
Haltlose 5
Epileptoide 2
Erregbare, Reizbare 15
Weiche, ängstliche Naturen . 30
Depressiv-Stimmungslabile . . 4
Hystero-Neurastheniker . . . 12
Neurastheniker 29
Nicht gruppierbare leichte Neuropathen oder Psychopathen 15

Von der Gruppe der Neurastheniker zeigten 5 einen depressiven oder hypochondrischen und weichen Einschlag, bei 18 traten die Symptome der Erregbarkeit, Erschöpfbarkeit und Leistungsunfähigkeit in den Vordergrund; 6 hatten ihre Neurasthenie erworben.

Von einer Aufzählung der „Belasteten" wurde abgesehen, schon weil mit den lücken- und laienhaften Angaben der Anamnesen wissenschaftlich nichts anzufangen ist.

Soziale Verhältnisse vor der Einziehung:

Bisher regelmäßige Berufsarbeit 176
Sozial ungeordneter Lebenswandel, mehrfacher Berufswechsel . 14
Berufswechsel aus Gesundheitsrücksichten 4
Häufiger Stellenwechsel oder Arbeitsunterbrechung . . . . . 27 [1])

[1]) Meistens wegen nervöser Beschwerden, aber auch infolge von Unverträglichkeit, Arbeitsscheu, Schwächlichkeit usw.

Unfälle im Zivilleben blieben bei 5 ohne Folgen, während 7 durch Zivilunfall erwerbsbeschränkt waren.

Dienstleistungen im Kriege bis zur hysterischen Erkrankung:

Früher bereits verwundet	17	Fälle
Früher bereits erkrankt ohne Auftreten hysterischer Symptome	22	„
Mehrfach Schonung und Revier	30	„
Vorübergehend bereits hysterische Symptome	13	„
Mannigfache Beschwerden im Dienst	30	„
Keine Unterlagen für körperliche oder nervöse Störungen	118	„ [1]

Entstehungsort: An folgenden Örtlichkeiten stellte sich die hysterische Bewegungsstörung ein:

a) Bei solchen, die im Felde waren:

Gleich in der Front	140 mal
Früher oder später im Lazarett	47 „
Bei späterem Dienst in der Etappe	1 „
Bei späterem Dienst in der Garnison	7 „
Auf Urlaub vom Felde	6 „

b) Bei solchen, die überhaupt noch nicht im Felde waren:

Während der Ausbildung oder im Garnisondienst	21 mal
In der Etappe	6 „
Im Lazarett	6 „

Dienstleistungen: Es waren bis zum Eintritt der Bewegungsstörung 207 Leute im Feld, 23 waren noch nicht im Feld.

Felddienstzeit: Von den 207 im Feld gewesenen waren in der Front:

Zeit	Weniger als 2 Monate	2—3 Monate	4—5 Monate	6 Monate und darüber
Fälle	47	54	36	70

Die auslösenden Ursachen:

Minen- oder Granatexplosion in der Nähe	38	(3 zugleich verwundet)
Minen- oder Granatverschüttung	37	(5 „ „ Hirnerschütterung, Schädelbruch)
Allgemeine Feldstrapazen	29	
Einfache Verwundung ohne psychisches Trauma	22	(13 Inf.-, 11 Art.-, 1 Bajonettverletzung)
Durchnässung (Rheuma) vorwiegend im Feld	20	
Einfachste Anforderungen in Ausbildung oder Garnisondienst	19	

[1]) Die Dienstdauer bis zur Erkrankung erstreckt sich bei diesen 118 Fällen von einigen Tagen bis auf mehrere Monate. Die Zahl 118, welche früh und spät versagende Fälle enthält, gibt also nur einen ganz allgemeinen Überschlag, dessen Differenzierung sich erst später aus anderen Gesichtspunkten ergeben wird.

Einmalige aufregende Kampfhandlung . . .	16	
Körperliche Erkrankung im Feld	14	
Kurz vor gefahrbringenden Situationen (Marsch zur Front usw.)	10	
Verwundung, zugleich Angst oder Schreck .	10	(darunter 3 Kopfverletzungen)
Ohne besonderen Anlaß im Feld	6	
Geringer Schreck oder leichter Unfall im Feld	4	
Hirnerschütterung im Feld	3	
Unerheblicher Schreck in der Garnison . .	2	
Ohne besonderen Anlaß in der Garnison . .	1	

Also einmaliges rein psychisches Trauma	102 mal,
Vorwiegend psychisches Trauma	11 „
Psycho-somatische Schädlichkeiten	90 „
Keine greifbare seelische oder körperliche Schädigung durch den Dienst	27 „ [1]

Dienstfähigkeit: Von den 230 Fällen kamen **177** als kriegsunbrauchbar zur Entlassung, während 33 zur Zeit der letzten katammestischen Nachricht noch oder wieder im Heeresdienst standen.

a) Die Kriegsunbrauchbaren: Mit Rente entlassen . . . . 130 Mann
Ohne Rente entlassen . . . . 57 „
Noch unbestimmt 9 „ [2]

Rentenhöhe:

100% 21 mal	70% 3 mal	50% 23 mal	35% 8 mal
90% 1 „	66% 3 „	40% 7 „	20% 15 „
80% 6 „	65% 1 „	33% 5 „	15% 3 „
75% 5 „	60% 8 „	30% 12 „	10% 9 „

Zusammengefaßt:

Zwischen 50% und 100% = 71 mal
„ 10% „ 40% = 59 „

Wieder eingezogen wurden von den mit Rente Entlassenen je 1 Fall, der 50% resp. 20% empfangen hatte und 3 Fälle, die ohne Rente entlassen waren. Sie sind in der Zahl der 33 Nichtentlassenen hineingerechnet.

Soziale Verhältnisse der Hystero-Somatiker: Bei den Entlassenen oder für längere Zeit Beurlaubten ergab sich bei 192 prüfbaren Fällen nachstehendes Verhalten der Erwerbsfähigkeit:

[1]) Durchweg körperlich oder seelisch labile Individuen.

[2]) Fünf bis zur Entlassung beurlaubt, vier zur Entlassung vorgesehen noch im Lazarett.

Beruflich wie früher tätig 37
Im gleichen Beruf, aber mit geringerer Leistung . . 61
In leichterem Zweig der früheren Berufsarbeit . . . 9
Bereits längere Zeit beschäftigungslos 35
Berufswechsel gegen leichten „Posten“. . . . . 50 [1])

b) Die Nichtentlassenen. Sie standen zur Zeit der letzten Anfrage in folgenden Dienstfähigkeitsgraden:

Grad der Dienstfähigkeit	Anzahl	Anzahl der in diesem Dienst zugebrachten Monate bis zum Eintreffen des letzten Berichts.
a. v. f. (Heimat) = militär. Facharbeiter, Schreiber, in Küche, Kammer usw.	13	9 Mann zwischen 2 und 8 Monaten 4 Mann über 8 Monate
a. v. f. (Etappe)	1	Seit 5 Monaten
g. v. f. (Heimat) = vorwiegend Wachdienst	10	8 Mann zwischen 0,5 u. 5 Monaten 1 Mann seit 6 Monaten 1 Mann seit 12 Monaten
g. v. f. (Etappe)	2	1 Mann seit 0,5 Monaten 1 Mann seit 5 Monaten
g. v. f. (Feld)	1	Seit 1 Monat
K. v. f.	3	2 Mann seit 1 Monat 1 Mann seit 5 Monaten
Armierung k. v. f.	1	Seit 1 Monat

Außerdem 2 Mann zur Zeit des letzten Berichts im Garnisondienst, die je g. v. f. (Feld) und k. v. f. „geschrieben“ waren.

Voll k. v. f. waren jedenfalls nur = 1,7%, in sonstigem Dienst = rund 12%.

Verwendbar für die Frage der Bewährung im Dienst sind dabei eigentlich nur die Fälle, von denen feststeht, daß sie sich mindestens etwa 3 Monate lang in der betreffenden Dienststellung gehalten haben. Dies trifft nur für einen unserer Kriegsverwendungsfähigen zu. Unsere Zahlen sind demnach hoch gegriffen. Die übrigen Fälle müßten von Rechts wegen ausscheiden, ohne natürlich an sich negativ ins Gewicht zu fallen, da die niedrigeren Monatszahlen künstlich durch die Unterbrechung der katamnestischen Beobachtung zustande kamen. Die meisten Fälle dieser letzten Kategorie stammen aus den Beurteilungen der Generalmusterungskommissionen im Januar 1917, durch die sie aus Lazaretten oder Genesungskompagnien herausgezogen oder von einer niederen auf eine höhere Stufe militärischer Dienstleistungen befohlen wurden.

Wir werden später von der negativen Seite her die militärische Leistungsfähigkeit in den verschiedenen Dienstzweigen besser zahlenmäßig beurteilen können.

[1]) Von diesen 50 hatten früher regelmäßig gearbeitet 34, Beruf oder Stelle mehrfach gewechselt 16. Ferner waren unter diesen 50 Fällen 26 gelernte Handwerker, 18 Arbeiter, 3 freie Berufe, 2 Kaufleute und 1 Landwirt.

Übersicht über die einzelnen Symptomgruppen.

Gehstörungen: Die Hauptgruppe der Bewegungsstörungen mit 87 reinen Fällen, weitgerechnet sogar 102 Fällen, umfaßt die Erschwerung oder Aufhebung des Gehaktes. Der Gehstörung an sich liegt kein einheitlicher Mechanismus zugrunde, sie zeigt vielmehr verschiedene Typen, denen die Aufhebung oder Behinderung der Lokomotion gemeinsam ist. Der häufigste Mechanismus dabei ist die Vereinigung von Zittern mit zweckwidrigem, antagonistischem Muskelgebrauch, die sogenannte **Myotonoclonia trepidans.** Sie beschränkt sich nicht immer nur auf die Beine, vor allem gilt dies vom Zittern. 62 von den 87 Fällen zeigen diesen Typus der Gehstörung. Vom voll ausgebildeten Typus sind die einzelnen konkreten Fälle natürlich mehr oder minder entfernt. Die Gruppeneinteilung wurde nach dem Vollbild der Erscheinungen getroffen, wo etwa vor der schärferen Ausprägung der Myotonoclonia trepidans anwachsende Anfangserscheinungen da waren, oder sich beim allmählichen Abklingen die Züge des Symptomenkomplexes verwischten. Es erübrigt sich, schon wegen des schwankenden symptomatologischen Ablaufes, eine spezielle Einteilung etwa in Typen wie die trepidatorische oder saltatorische Abasie usw. zu treffen, da sie die erwähnte Grundform der Gehstörung gemeinsam haben. Aufgepfropft auf diese Grundform, die Myotonoclonia trepidans, sind nun aber in den meisten Fällen besondere „Gehmanieren", die jedem Symptombild sein individuelles Gepräge verleihen. Besonders häufig ist der breitbeinige Gang, daneben der watschelnde, stampfende oder stelzbeinige Gang mit schlechter Fußabwicklung oder auch Differenz der Schrittbreite mit oft eigentümlich festgehaltener Rhythmusstörung mit oder ohne Hinken; bei ausgeprägter psychogener Parese oder psychogenem Schwindel kommt auch Schwanken und Taumeln vor. Kurz, als Zutaten sehen wir eine Menge von Gangeigentümlichkeiten, die teils vorgebildeten Mechanismen, teils psychischen Vorstellungen von Gebrechlichkeit, Unsicherheit, Gehemmtsein usw. ihre Entstehung verdanken.

Der pseudoparetische Schlottergang: Eine zwanglos abgrenzbare, bisher noch nicht beschriebene Untergruppe, die sich symptomatologisch zwischen die Myotonoclonia trepidans und die psychogene Parese der Beine einreiht, sei, mehr der praktischen Benennung als der Charakterisierung als Symptomeinheit halber, hier mit dem Ausdruck pseudoparetischer Schlottergang bezeichnet. Das als Mechanismus im Vordergrund stehende Symptom ist ein eigentümliches federndes oder schlotterndes Vor- und Zurückwippen der Knie beim Gehen. Es entspricht der Erscheinung, die man nach starker Ermüdung, besonders nach langem Bergabgehen unschwer an sich selbst beobachten kann und die der bayerische Gebirgler volkstümlich den „Knieschnagg-

ler" nennt. Verbunden mit diesem Knieschlottern ist stets eine psychogene Parese der Beine, häufig Zittern, manchmal Taumeln. Grenzfälle, die neben der Parese auch Pseudospasmen zeigen, führen zur Myotonoclonia trepidans hinüber. Die klinische Bedeutung des pseudoparetischen Schlottergangs reicht vom bloßen Schönheitsfehler bis zur schweren Störung der Fortbewegung. Er wurde vom Verfasser in 9 ausgeprägten Fällen beobachtet. In 3 hier nicht eingerechneten Fällen war er vorübergehend vorhanden. Die auslösenden Ursachen sind von denen, die zu anderen hystero-somatischen Erscheinungen führen, nicht wesensverschieden. In einigen Fällen bildete sich der pseudoparetische Schlottergang nach dem Abklingen einer schweren, symptomreichen Dysbasie vom Typ der Myotonoclonia trepidans heraus. In jedem Falle bestand eine „Erschöpfungskomponente", sei es durch wirkliche körperliche Erschöpfung (langes Krankenlager, Feldstrapazen), sei es durch die intensive subjektive Vorstellung des Erschöpftsein. Das Festhalten an diesem die Hinfälligkeit und Kraftlosigkeit dokumentierenden Mechanismus ist somit dem psychologischen Verständnis nahegerückt.

Als besondere Störung des Gehaktes, soweit sie nicht einer psychogenen Beinparese entspricht, die ja unter dem Abschnitt „Paresen" abgehandelt ist, soll, schon ihrer Seltenheit halber die **Dysbasie ohne Zittern** mit 6 Fällen angeführt werden. Sie zeigt die spastische Komponente der Myotonoclonia trepidans und daneben allerhand Gehmanieren. Die Entstehung auf Grund rheumatischer Muskelschmerzen war hier vorwiegend.

Von allen bisherigen Gehstörungen zeigten 41 Fälle ausgesprochene seelische Veränderungen im Sinne einer Depression, Stimmungslabilität, Gereiztheit, puerilem Verhalten usw. Bei 12 bestanden vasomotorische Neurosen, bei 10 allgemein nervöse Symptome, während die Zahl der groben Sensibilitätsstörungen nur 11 betrug. Häufig war, mit 16 Fällen, die Sprachstörung; Anfälle und Ausnahmezustände waren in je 9 Fällen vorhanden, Zitteranfälle und Tics in je 5, gelegentlicher saltatorischer Reflexkrampf in 4, sensorische und Atemstörungen sowie Kopftremor in je 3, leichte Haltungsanomalien oder Paresen in je 2 Fällen.

Hysterisches Hinken: Eine weitere Unterform der Gehstörung ist das in 11 Fällen zu verzeichnende hysterische Hinken. Hierher sind all die Fälle gerechnet, bei denen keine Paresen oder contracturartige Zustände vorliegen, sondern eine verschiedene Grundmechanismen enthaltende Störung des zweckmäßigen Ablaufs der Gehbewegungen durch Funktionsstörung in einem Bein. Die jedem Fall eigentümliche Gehmanier erzeugt verschiedene Variationen. Das Bein wird entweder steif oder gebeugt gehalten, nach außen oder innen rotiert; der Fuß wird nicht abgewickelt, oder knickt im Knie ein usw. Besonders charakterisieren könnte man im Bereich dieser Störungen wegen ihrer typischen Entstehung die „Pseudoischias". Sie beginnt meist mit rheumatoiden Beschwerden und fixiert sich dann nur zu oft unter dem

hysteriezüchtenden Einfluß einer mehr oder minder unzweckmäßigen und langdauernden Lazarettbehandlung als Gehstörung.

Von den 11 Hinkenden waren 6 „gesund". Vielleicht ist für diese relativ hohe Zahl ein verständlicher Grund darin zu finden, daß das Hinken seinem äußerlichen Aspekt nach keine gerade eigenartige Störung ist. Hinken ist gewissermaßen die Durchschnittserscheinung beim „Verwundeten" und nicht etwa so auffällig wie z. B. das Zittern. Überdies stützen die meist vorhandenen rheumatischen Beschwerden oder die für die Lokalisation ausschlaggebende Verwundung das laienhafte Krankheitsbewußtsein. 4 Fälle gehören der nach Pseudoischias oder echtem Rheumatismus entstandenen Gruppe an, 2 zeigten ein Knieschlottern wie beim pseudoparetischen Schlottergang. Psychische Symptome boten nur 2, Schmerzen waren in allen rheumatogenen Fällen vorhanden. Von motorischen Nebenerscheinungen ist vor allem der mit 8 mal recht häufige Tremor zu erwähnen.

Zittern: Neben der Störung der Gehfunktion mit oder ohne Zittern spielt das einfache Zittern eine Hauptrolle. Allerdings zeigt eine große Zahl von Zitterern daneben auch noch andere motorische Symptome. Es wurden zur Tremorgruppe all die Fälle von Zittern als alleinigem oder doch weit überwiegendem Hauptsymptom gerechnet. Eine Unterscheidung des Zitterns nach Schnelligkeit, Amplitudengröße usw. wurde nicht getroffen. Die Zahl der Zitterer beträgt 48, davon sind 16 Gesunde, 31 Regelwidrige. Es kamen vor:

Allgemeines Schüttelzittern .	30 mal	(10 mit Kopftremor)
Zittern beider Arme . . .	6 „	
Monotremor des rechten Arms	6 „	
„ „ Kopfes . .	4 „	
„ „ rechten Beins	2 „	

Erhebliche psychische Symptome (Depression, emotionelle Schwäche, hysterische Charakteräußerungen usw.) kamen 23 mal vor, allgemein nervöse Symptome in 5, vasomotorische in 4, hochgradige Sensibilitätsstörungen in 3 Fällen. An Komplikationen kamen der Häufigkeit nach vor: Anfälle, Stottern, Rumpftic, psychogene Schwerhörigkeit, Gesichtstic, vorübergehender Schultertic, flüchtige Dysbasie oder psychogene Armlähmung, Schüttelkrämpfe, Verwirrtheitszustand, hysterisches Erbrechen.

Bei den Monotremoren fand sich mehrfach ein verständlicher Grund für die Lokalisation: Gelenkrheumatismus, Verwundung, Kopfstreifschuß (Kopftremor), alter Unfall usw. Monotremoren waren in einigen Fällen hartnäckige Restsymptome nach rasch abklingendem ausgebreiteterem Zittern oder ursprünglich vielgestaltigerem Bild, z. B. mit Aphonie, Tics, Paresen.

Paresen und Contracturen liegen insgesamt 46 vor. An Paresen kamen vor:

Linksseitige Hemiparese	2	
Rechtsseitige Parese	9	
Parese beider Beine	10	(mit entspr. schlaffer Dysbasie)

Parese des rechten Arms (resp. Hand) .	4
„ „ linken Arms (resp. Hand) .	2
„ „ rechten Beins	2
„ „ linken Beins	4

Also bilateral in 10 und halbseitig in 23 Fällen.

Reine Contracturen oder mit Paresen verbundene, vorwiegend contracturartige Zustände kamen vor:

Contractur in linkem Bein und Arm .	1
„ im rechten Arm	3
„ „ linken Arm	1
„ „ rechten Bein	2
„ „ linken Bein	2

Von allen Contracturen und Paresen waren rechts lokalisiert = 20, waren links lokalisiert = 16.

Von den rechtsseitigen waren 8 mit verständlichem Grund und 11 ohne einen solchen lokalisiert; unter den linksseitigen waren 11 mit und 5 ohne äußeren Hinweis (etwa in der Art des Traumas) für die Lokalisation.

Die 33 Paresen überwiegen die 13 Contracturen. Die Beine allein waren 24 mal befallen, die Arme allein 10 mal. In einigen Fällen kamen Paresen neben Contracturen vor oder lösten einander sogar in reiner Ausprägung zeitlich ab.

Neben psychischem Trauma, einmal zugleich mit Hirnerschütterung, waren Schußverletzung oder organische Krankheiten (Gelenkrheumatismus) die auslösenden Ursachen. In 25 Fällen bestanden psychische Anomalien (Pseudodemenz, Depression, emotionelle Schwäche), dagegen ist die Zahl der ausgeprägten und typisch abgegrenzten Sensibilitätsstörungen mit 26 sehr beträchtlich. Trophische Störungen der befallenen Gliedmaßen bestanden in 6 Fällen, vasomotorische Neurosen in 7, allgemein nervöse Erscheinungen in 4 Fällen. Von den motorischen Nebensymptomen war das Zittern mit 19 Fällen am häufigsten. Meist war es auf den von der Parese oder Contractur befallenen Körperteil beschränkt. Geringe Paresen oder Contracturen in anderen Körperabschnitten bestanden in 6 Fällen. Daneben kamen vor Anfälle und Ausnahmezustände, Störungen der höheren Sinnesorgane und der Sprache, Tics, Erbrechen, Trommelbauch und Blepharospasmus.

Tics: Symptombilder mit Tics im Vordergrund sind 18 zu verzeichnen. Nur 4 der davon Befallenen sind „Gesunde". Reine Tics waren selten. Da, wo sie allein vorkamen, bestanden meist vorher rasch abgeklungene andere motorische Störungen. Dies trifft vor allem für Gehstörungen und allgemeine Schütteltremoren zu, die dann einen Tic als Restsymptom zurückließen. Es kamen vor:

Schultertic	8 mal	Gesichtstic	2 mal
Kopftic	5 „	Tic der Arme . . .	1 „
Rumpftic	2 „	Inspirationstic . .	1 „

Besonders häufig war der Tic verbunden mit Zittern, das meist auf den vom Tic befallenen Körperteil beschränkt, mitunter aber auch weiter ausgebreitet war. Dann war, besonders im Verein mit Schultertic oder ticartigem Zucken der Halsmuskeln nebst krampfhafter Inspiration, eine stotternähnliche Sprachstörung zu beobachten. Außerdem bestanden in einigen Fällen vorübergehend Tics in anderen Körperteilen sowie Aphonie, Mutismus, Sehstörung, Anfälle und Erregungszustände. In 11 Fällen bestand Depression, Stimmungsschwankungen oder Reizbarkeit; daneben 3 Fälle mit ausgeprägter hysterischer Sensibilitätsstörung und je 2 Fälle mit vasomotorischen oder allgemein nervösen Erscheinungen.

Haltungsanomalien: Dieser gut abgrenzbaren Störung liegt kein einheitlicher Grundmechanismus, etwa Contractur oder Parese, zugrunde, sondern die infolge von Schmerzen oder Vorstellungen festgehaltene Körperlage ist als komplexe Erscheinung die „Einheit" der Störung. Demnach sind z. B. sekundäre Schiefhaltungen, wie sie etwa durch eine Hemiparese bedingt sein können, nicht hierher gerechnet. Als Haltungsanomalien wurden zusammengefaßt die Pseudoskoliosen, die hysterische Schiefhüfte und die Fixierung einer gebeugten oder sonst auffälligen Rumpfhaltung. Die gebückte Haltung ist die häufigste. 3 von den 11 Fällen waren „Gesunde", von denen 2 ein schweres psychisches Trauma erlitten, während einer ein dickköpfiger Aggravant war. Dies muß betont werden, da sich sonst eine auffallend große Zahl schwerer Psychopathen unter dieser Form der Bewegungsstörung befindet, von denen manche sehr früh nach geringen Anforderungen versagten. Der äußere Habitus dieser Menschen bekommt durch ihre Haltung das Gepräge der hochgradigen Gebrechlichkeit und schweren Schädigung. Dem entspricht die seelische Verfassung der Betreffenden. Sämtliche Fälle zeigen eine ausgesprochene psychische Veränderung, und zwar meist die depressiv-hypochondrische Charakterveränderung des Rentenhysterikers. Der Gang ist stets gestört und nimmt manchmal durch sonderbare Gehmanieren eigentümliche Formen an.

Neben dem in 4 Fällen vertretenen Zittern kamen vor: Störungen der Sprache, des Gesichts und Gehörs, Tics, Schüttelkrämpfe, Pollakurie, Parese einer Extremität. Erhebliche Sensibilitätsstörungen sind in 3 Fällen zu vermerken. Nirgends fehlen die Klagen über, meist als äußerst heftig geschilderte „Kreuzschmerzen" oder sonstige rheumatische Beschwerden. Sie waren in einer Anzahl von Fällen der alleinige Grund zur Fixierung der Haltungsanomalie. Über die „Echtheit" der Schmerzen läßt sich nicht immer sicher urteilen. Jedenfalls zeigten sie in großer Mehrzahl, sobald wenigstens die hysterische Schiefhaltung einmal fixiert war, ein deutlich psychogenes Gepräge.

Kuriosa: 20 Fälle mit besonders groben, ausgebreiteten und agi-

tierten Erscheinungen sollen als Kuriosa aufgezählt werden, und zwar einmal weil sie wegen des Individuellen ihres Gepräges nicht gut gruppierbar sind, dann aber auch weil sie durch ihre klinische Verschiedenheit von allen anderen Fällen die Statistik schief gestalten würden. Bezeichnenderweise ist bei dieser Gruppe die Zahl der Imbezillen mit 2 und der geistig Minderwertigen mit 5 relativ hoch. 5 sind im bürgerlichen Leben bestraft, 4 durch chronischen Alkoholgenuß geschädigt. „Gesund" waren 3; bei ihnen war der Anlaß zu der hysterischen Bewegungsstörung jeweils besonders schwer. 3 sind fraglich, und zwar 2 infolge mangelnder Angaben, während bei dem anderen ein lebhafter Verdacht auf Schizophrenie besteht. Auch bei den 3 leichten Neuropathen, von denen überdies einer imbezill ist, lag ein erheblicher Anlaß vor. Alle übrigen 11 sind schwere Psychopathen, und zwar 4 Ängstliche oder Weiche, 3 Reizbare, 2 hysterische Psychopathen und je 1 depressiver und unsozialer Psychopath. Neben 4 beträchtlichen Anlässen genügten bei diesen 11 Leuten in 7 Fällen auch wenig einschneidende, ja ganz bedeutungslose Vorgänge, um zu den schweren motorischen Erscheinungen zu führen; so in 2 Fällen ein mehrtägiger Feldaufenthalt, in weiteren 2 ein Auftritt mit Vorgesetzten, in 2 ein unkomplizierter Schuß resp. unwesentliche körperliche Beschwerden, in 1 Fall allein die gewöhnlichen Anforderungen eines kurzen Etappendienstes. Für keine Gruppe ist eine symptomatologische Klassifizierung schwieriger als hier. Man kann folgende Typen sondern:

Besonders schwere, vielgestaltige und groteske Gehstörungen	7 Fälle	(z. B. fortwährendes Tänzeln Nachstellgang, hochgradige, saltator. Abasie usw.)
Agitierte, universelle Bewegungsstörungen mit abwechslungsreicher Symptomfülle	7 „	(bizarrer Pseudotetanus, viele Mechanismen neben- und nacheinander)
Schwere absonderliche Tics	6 „	(„Zügeltic" nach Durchgehen von Pferden, Rumpftic bei Leibweh, Rülpskrämpfe, „Ohrfeigentic" nach gerade noch unterdrückter Gewalttätigkeit gegen einen Vorgesetzten)

Von einzelnen Mechanismen oder Symptomkomplexen kamen vor: 15 mal Gehstörung, 12 mal Zittern, 12 mal Tics, 8 mal saltatorischer Reflexkrampf, 7 mal Schüttelkrämpfe, 4 mal Sprachstörung, 3 mal Paresen, je 2 mal Knieschlottern, Tachypnöe, Haltungsanomalie und Anfälle sowie je 1 mal Contractur, Ptose, Erbrechen und Faxensyndrom. Schwere seelische Alteration zeigten 15 Fälle, davon 5 hysterische Psychosen vom Ganser-Typus und 2 Fälle mit Erregungs- resp. Ausnahmezuständen. In 4 Fällen bestanden allgemein nervöse Erscheinungen, in 6 Fällen erhebliche Sensibilitätsstörungen und in 1 Fall eine vasomotorische Neurose.

Verlauf.

Myotonoclonia trepidans[1]):

	Fälle	Erhebliche psychische Symptome	Klagen über Nervosität, Mattigkeit, Schmerzen	Früher „gesund“	Bemerkungen
Ungeheilt	30	15	15	7	2 zunehmend schlechter, und zwar 1 beschränkt. Neurop. u. 1 Rentenhysteriker mit Vollrente. 1 der „Gesunden“ Kopfschuß, 1 Basedowoid, 2 besond. schwere Verschüttg., d. and. nicht akt. behandelt.
Anlaßweise gelegentliche Symptome	11 [1])	* [2])	*		
Wesentlich gebessert	11	—	11	9 (4 von selbst gebessert)	*
Keine motorischen Symptome mehr	10	4 (ganz geringe Leistungen	6 (gute Leistungen.)		10 „aktiv“ geheilt.

In 3 Fällen traten nach der Entlassung Anfälle als Neuerscheinung auf. Schmerzen kamen häufig auch bei den nichtrheumatogenen Fällen vor und wurden auffallend oft mit der Witterung in Zusammenhang gebracht, der auch vielfach ein großer Einfluß auf motorische Symptome und seelisches Befinden von den Kranken eingeräumt wurde. Bei 5 Fällen war eine Herzneurose, bei 4 körperliche Erschöpfung, bei 2 Basedow resp. Basedowoid, bei 2 organisches Hirntrauma und bei 1 interkurrierende körperliche Erkrankung von verschlechterndem Einfluß. Von 43 prüfbaren Fällen hatten 19 anfangs falsche Diagnosen aufzuweisen. Am häufigsten Gelenk- und Muskelrheumatismus, multiple Sklerose und Ischias, dann Hirnerschütterung, Meningitis, Epilepsie, Kontusion, Neuralgie, Gicht, Bleivergiftung, Herzleiden und Plattfüße. 9 wurden überlang im Bett behalten, 11 polypragmatisch, einige orthopädisch behandelt. Viel haben auch langer Stock- und Krückengebrauch geschadet. In 1 Fall wurde die Motilitätsstörung geradezu gezüchtet.

Rückfälle waren häufig, und zwar bei den spontan abgeklungenen Fällen, die an sich selten sind, so oft wie bei den durch aktive Suggestivmethoden geheilten. Die Mehrzahl der Rezidive betrifft die schließlich doch Gebesserten, die allmählich ihre motorischen Erscheinungen nur noch intermittierend bekamen. 23 Fälle waren 1 mal, 4 Fälle 2 mal und 2 mehrmals rückfällig, letztere waren ausgesprochene Rentenhysteriker resp. Drückeberger. Die Gründe zum Rückfall waren in der Mehrzahl leichter Garnison- oder Arbeitsdienst, einige Male auch nur kurzer Aufenthalt bei der Ersatztruppe vor der Entlassung nach vorheriger Suggestivheilung. Eine ganze Reihe rezidivierte intermittierend nach vorheriger Suggestivheilung zu Hause, und zwar lagen einige davon im Rentenkampf, die meisten versagten wieder vorübergehend bei allen möglichen Anforderungen des bürgerlichen Lebens.

[1]) 2 Symptome wie früher, 9 außerdem noch Zitten.

[2]) Mit * bezeichnet sind, auch in späteren Tabellen, die Fächer, deren zugehörige Zahlen unbekannt oder für eine Beurteilung unfruchtbar sind.

In 2 Fällen war ein Schreckerlebnis in der Heimat (Gewitter, Fliegerangriff) schuld am Rückfall. Im ganzen ist die Zahl der noch gelegentlich Symptome bietenden Leute größer als die der dauernd Geheilten.

Pseudoparetischer Schlottergang: (Verlauf)

	Fälle	Nervöse Beschwerden, Erregbarkeit	Früher Gesunde	Bemerkungen
Ungeheilt	1	1	—	Außerdem Zittern
Dauernd Zittern	1	1	1	Erschöpfung, vasomotor. Neurose
Intermitt. Zittern	5	5	—	*
Keine motorische Symptome	2	2	1	Akt. Heilung trotz schwer. Symptombild mit Ausnahmezust. in einem und hyster. Veranlagg. im and. Fall. (Sozial. Fürsorge.)

3 Fälle wurden anfangs verkannt und für Rheuma, Polyneuritis, Tabes oder multiple Sklerose gehalten. 2 wurden durch unzweckmäßige Behandlung geschädigt. Rückfälle zeigten 6 Fälle, die alle nach Suggestivheilung bald entlassen worden waren. Die Gründe waren berufliche Schwierigkeiten, Rentenkampf, Schreck bei der Arbeit, Versuch im Arbeitsdienst. Nur einer der 4 „Gesunden" wurde geheilt. Rentenkampf, Herzneurose, Erschöpfungskomponente, Rückkehr in die Garnison waren dabei an der Fortdauer resp. dem Rückfall schuld. 1 Fall blieb nach Suggestivheilung trotz schwerer Inaktivitätsatrophie arbeitsfähig.

Dysbasie ohne Zittern: (Verlauf)

	Fälle	Bemerkungen
Symptomenreichere Verschlimmerung	2	1. Weicher Psychopath mit Erschöpfung (Rezidiv). 2. Weicher Psychopath, Rückfall als a. v. f.
Ungebessert	2	1. „Gesunder", hält sich gerade im Garnisondienst. 2. Rezidiv bei aktiv Geheiltem, der soz. notleidet.
Intermittierd. Zittern	1	*
Gebessert	1	Hyster. Charakter, psychisch verschlimmert.

Von 4 prüfbaren Fällen wurden 3 zuerst mißdeutet als Coxitis, Ischias, Rheuma, Tabes. 3 Fälle wurden durch polypragmatische Behandlung, zu lange Schonung oder Krückengebrauch nachteilig beeinflußt.

Hysterisches Hinken: (Verlauf)

	Fälle	Bemerkungen
Verschlimmert	1	4 blieben schreckhaft, reizbar, launisch. 3 blieben wehleidig, hypochondrisch. Sie waren fast durchweg früher gesund, jetzt Rentenhysteriker geworden.
Ungebessert	4	
Intermittierend. Zittern	3	
Gebessert	1	a. v. f. als Schreiber.
Motorisch symptomfrei	2	1 tut leichten Garnisondienst. 1 entlassen, hyster. Psychopath mit vielen Allgemeinsymptomen.

Erschöpfung und Magenneurose verzögerten in 2 Fällen die Heilung. Von 10 prüfbaren Fällen wurden 4 anfangs falsch beurteilt als Ischias, Coxitis oder Gelenkversteifung. 5 Fälle wurden polypragmatisch, 2 orthopädisch behandelt und 1 Fall geradezu hysterisiert. Rückfälle kamen 3 mal vor, 2 mal nach versuchtem Garnisondienst, 1 mal zu Hause.

Zittern: (Verlauf)

	Fälle	Psychische und nervöse Symptome	Früher „Gesunde"	Bemerkungen
Symptomenreichere Verschlimmerung	2	10 allgem. nerv. Beschwerden 10 psych. Veränderg. (meist hypochondr. Depression)	—	a) Rentenhysteriker b) Reakt. auf Freiheitsstrafe
Dauernd Zittern (meist weniger ausgebreitet und heftig)	18		6	Darunter auch bereits Symptomfreie nach Rezidiv
Intermittierendes Zittern	12	12 allgemeine nervöse Klagen	4	7 „Gesunde" besserten sich ohne aktive Therapie
Wesentliche Besserung	12	12 allgemeine nervöse Klagen	5	
Motorisch symptomfrei	4	2 ohne Allgemeinklagen	1	2 in angenehm. Dienst: Poliz.-Utffz., Mil.-Zahntechniker, 1 entlassen, wohlhabender Kfm.

Auffallend häufig sind beim Zittern die Rückfälle, die in 18 Fällen 1 mal und in 5 Fällen mehrfach eintraten. Der fast alleinige Grund dafür war stets ein kürzerer oder längerer Versuch im Arbeits- oder Garnisondienst, gleichgültig, ob die Störung vorher von selbst abgeklungen oder durch aktive Suggestivbehandlung zum Schwinden gebracht war, und zwar bei Gesunden wie bei Psychopathen. Von nachteiligem Einfluß auf die Dauer des Leidens und die Rezidivbereitschaft erhöhend waren in 4 Fällen Erschöpfung, in je 2 Fällen vasomotorische oder Herzneurose und in 1 Fall organisches Hirntrauma. Anlaß zu diagnostischen Zweifeln bot das Zittern nur in 4 Fällen, wo Rheuma oder Muskelzerrung als Ursache angenommen wurde. Dagegen wurden mehrfach neurasthenische Nebensymptome von seiten innerer Organe als organisch aufgefaßt und dementsprechend behandelt. Auch zuwartende, entschlußlose Therapie hat in vielen Fällen geschadet.

Paresen: (Verlauf)

	Fälle	Nebensymptome	Bemerkungen
Symptomenreichere Verschlimmerung	5	16 erhebliche psychologische Symptome (Depression reizbare Schwäche). Die übrigen hatten nervöse oder körperliche Beschwerden	Neue Symptome: Sehstörung, Herz-Magenneurose, Anfälle, Zittern, Tics.
Ungebessert	15		4 Ungeheilte hatten Atrophie od. sonstige körperliche Veränderungen der betr. Glieder 4 waren körperlich reduziert 2 waren Vasomotoriker 1 hatte eine Herzneurose
Dauerndes Zittern	2		
Geringes Zittern	5		
Ausgebreitete Parese auf 1 Glied beschränkt	2		
Wesentliche Besserung	5	4 allgemeine nervöse und körperliche Klagen 1 hysterischer Charakter	1 „Gesunder“ 1 Fall mit anfänglicher Hirnerschütterung 1 Fall mit Atrophie, die sich ausglich 1 hysterischer Charakter wegen psychischer Symptome arbeitsunfähig
Motorisch symptomfrei	1		

3 Mann hatten 1 mal und 3 Mann hatten 2 mal einen Rückfall. Die Gründe waren wiederum meistens Aufenthalt in der Garnison, ferner Anstrengung zu Hause und Rentenkampf. Bemerkenswert ist, daß auch 2 „Gesunde“ unter den Hinkenden, davon der eine nur mit Pfropfparese, in der Garnison rückfällig wurden. Überdies zeigten besonders häufig die früher „Gesunden“ eine seelische Veränderung im Sinne der Rentenhysterie. Schwere des Traumas und körperlich nachteilige Einflüsse waren dabei weniger im Spiel als unzweckmäßige Behandlung, die gerade bei den Paresen meist aus falscher Diagnosestellung heraus häufig war. Von 23 prüfbaren Fällen fanden sich bei 6 anfangs falsche Diagnosen, und zwar meist Verdacht auf organische Lähmung, daneben Zerrung, Verstauchung, Hitzschlag. 5 Fälle wurden wochen- oder monatelang orthopädisch behandelt oder lagen überlang im Bett, meist in ländlichen Genesungsheimen, 4 gebrauchten längere Zeit Krücken.

Contracturen: (Verlauf)

	Fälle	Bemerkungen
Symptomreichere Verschlimmerung	3	Neue Symptome: Rumpftic, Zittern, Ausnahmezustände: a) hysterischer Charakter, b) sozial gesunkener Potator, c) Rezidiv im Garnison-Dienst, früher gesund
Ungebessert	5	1 mit organischer Komponente 2 mit sekundär. körperl. Veränderungen 1 mit Herzneurose 5 Ungeheilte waren psych. verändert (Rentenhysteriker, Depressive, Stimmungslabile)
Intermittierend. Zittern	2	
Intermittierendr. Armcontractur	1	
Wesentliche Besserung	2	a) bei hyster. Psychopathen b) bei Fraglichem } „aktive“ Therapie.

Viele klagen über Schmerzen. Besonders hartnäckig waren 2 Contracturen einiger Finger. Rückfälle kamen 5 vor, 2 in der Garnison, 1 nach Familienunglück im Lazarett, 2 zu Hause im Beruf. Falsch diagnostiziert waren 6 von 10 prüfbaren Fällen als Gelenkrheumatismus, organische Lähmung, Gelenktuberkulose, Gelenkversteifung. Zur Beseitigung verkannter hysterischer Symptome wurden in 4 Fällen chirurgische Eingriffe unternommen, 7 Fälle wurden lange medikomechanisch behandelt, die übrigen mit einer Ausnahme polypragmatisch oder abwartend.

Tics: (Verlauf)

	Fälle	Bemerkungen
Ungebessert	4	3 mit psych. Symptomen und gering. Leistungsfähigkeit
Anlaßweise noch Tic	7	2 trotz nervös. Beschwerden arbeitsfähig
Wesentlich gebessert oder motorisch symptomfrei		1 nach Gesichtstic im Feld 1 nach Rumpftic bei der Armierung 1 nach Kopftic als Militär-Krankenwärter im Hysterielaz. (weicher Psychop.) 1 entlassen als stud. jur. 2 entlassen, beide besond. wohlhabend. (1 hatte 100% gehabt.)

Es kamen bei 10 Leuten Rückfälle vor, und zwar bei 1 davon mehrmals, bei 2 zweimal und bei 6 einmal. Die Gründe waren je 1 mal Schreck oder Fliegerangriff im Heimatsort, 3 mal Rückkehr ins bürgerliche Leben; bei dem mehrfach Rückfälligen geringe Schreckerlebnisse in Lazarett und Garnison. In den anderen, meisten, Fällen war die Zuweisung zum Ersatztruppenteil oder leichter Garnison- resp. Arbeitsdienst schuld am Rückfall. Eine ausgesprochene dauernde Verschlimmerung wurde nicht beobachtet. In 1 Fall wurde zuerst Lues angenommen, 2 wurden lange auf innere Leiden behandelt.

Haltungsanomalien: (Verlauf)

	Fälle	Bemerkungen
Ungebessert	5	8 behielten ihre hypochondrische Depression oder mißlaunige Reizbarkeit, und zwar Regelwidrige wie konstitutionell Gesunde
Vorübergehendes Auftreten m. Zittern	4	
Wesentlich gebessert	1	Nervöse Allgemeinbeschwerden
Verschwunden	1	Aktiv geheilt, noch viele nervöse Beschwerden

Die Heilung verzögerte in 1 Fall eine starke körperliche Erschöpfung und in 1 Fall eine Herzneurose. 6 prüfbare Fälle waren alle anfangs falsch diagnostiziert als Rheuma, Ischias, Kontusion des Rückens — des Rückenmarks und tuberkulöse Erkrankung. 3 Fälle wurden polypragmatisch behandelt, 2 durch überlange Bettruhe und 1 durch zu langen Gebrauch von Stöcken ungünstig beeinflußt. 2 mal kamen Rückfälle vor, und zwar bei ausgesprochenen, bereits suggestiv geheilten Rentenjägern. Der eine rezidivierte sogar nach dem dritten Aufenthalt in einem Behandlungslazarett bis er schließlich sich in einem Munitionslazarett für Hysteriker hielt.

Kuriosa: (Verlauf)

	Fälle	Bemerkungen
Wenig oder nicht gebessert	9	Darunter 2 früher Gesunde mit hoh. Rente Entlassene. Bei 1 Fall vielleicht Hirnerschütterung, sonst nur psych. Traumen. Lauter schwer. psych. Sympt. (Pseudodemenz, Depression, emot. Schwäche, 1 Hebephrenieverdacht. 2 haben „leichte Posten", 7 arbeiten nichts. 1 davon bietet sich als „interessanter Fall" bei Ärzten zur Besichtigung an
Frühere Störungen in geringer. Maß anlaßweise auftretend	5	Lauter schwere Psychopathen. 2 durch unvollk. Suggest.-Therap. gebessert. 4 leichte bürgerliche Arbeit bei mehr oder minder hohe Rente. 1 benutzt sein Leiden als Hausierer als Erwerbsquelle (Tics)
Gebessert	1	Läßt sich trotzdem von der Familie ernähren.
Motorisch symptomfrei	5	1 Kopfsteckschuß, 4 schwere Psychopathen. 4 hysterische Psychosen verschwunden, aber doch noch Steigerung der angelegten psychopath. Äußerungen. 1 arbeitet mit guten Leistungen als Bankier 1 arbeitet mit guten Leistungen als Munitionsarb. 1 arbeitet mit guten Leistungen als Kaufmann 1 arbeitet mit guten Leistungen als Bahnwärter 1 arbeitet auf einem „leichten Posten".

Zweimal wurde zuerst Ischias oder Bandzerreißung angenommen und in mehreren Fällen neurasthenische Nebensymptome für innere Leiden gehalten, auch der Verdacht auf grobe Simulation wurde mehrfach ausgesprochen. 4 Fälle wurden monatelang geschont und ins Bett gelegt, einige mußten wegen ihres psychotischen Verhaltens lange Zeit in Anstalten zubringen; 3 wurden monatelang physikalisch oder mediko-mechanisch behandelt und 1 „Paradefall" geradezu gezüchtet. Viele Kranke waren schädlicherweise in Lazaretten und zu Hause der Mittelpunkt allgemeiner Teilnahme, 2 schlagen wie gesagt Kapital aus ihrer Krankheit. Rückfälle kamen in 6 Fällen 1 mal, in 2 Fällen 2 mal und in 4 Fällen mehrfach vor. Die Gründe waren 5 mal Aufenthalt in der Garnison, 4 mal geringe Anlässe im Lazarett oder zu Hause, 2 mal Rentenkampf, 2 mal hysterisierende häusliche Umgebung und je 1 mal Fliegerangriff, zerrüttetes Eheleben oder gedrückte soziale Lage.

Bemerkenswerte zusammenfassende Aufstellungen.

Rentenfrage: Eine große Rolle spielte bei der Mehrzahl aller Patienten die Frage der Rente. Der Rentenkomplex taucht gewöhnlich in dem Moment auf, wo die Angst vor der Front aufhört. So war mehrfach zu bemerken, daß sogar Leute, die aus irgendwelchen Gründen spontan dem Arzt gegenüber auf Rente verzichteten, anders dachten, als sie entlassen zu Hause waren. Es ist dies auch begreiflich im Hinblick auf die psychologischen Grundlagen der Kriegshysterie, die durchschnittlich in der Komponente der Frontangst (Dienstunlust) ihr negatives und im Rentenbegehren ihr positives Vorzeichen hat.

In 56 Fällen konnte bei den Entlassenen, abgesehen von den Fällen, die nicht zu prüfen waren, objektiv festgestellt werden, daß die Rente der Gegenstand eines lebhaften Begehrens war, an dem sich Patient und Familie in gleicher Weise beteiligten und das sehr häufig zur Charakterveränderung des „Rentenjägers" führte mit all den von der Unfallhysterie des Zivillebens her bekannten sozialen Folgen. In 35 Fällen war der schädliche Einfluß der häuslichen Umgebung direkt nachzuweisen, meist in Form von übergroßer Rücksichtnahme, Bedauern und Schonung durch die Familie. In 4 Fällen hat auch der Hausarzt durch falsche Diagnose und Behandlung geschadet. So wurden Leute in 2 Fällen auf organische Lähmung, 2 andere auf Hirnsyphilis resp. innere Leiden behandelt. Ein Hausarzt stützte außerdem noch den Rentenkampf seines hysterischen Patienten durch Eingaben und Atteste. In 11 Fällen waren schädigende Milieueinflüsse auszuschließen, in 13 Fällen waren in Bildung, Wohlhabenheit oder verständiger Behandlung sogar günstige Momente festzustellen.

Einfluß hoher Renten: 63 prüfbare Fälle wurden ungeheilt ohne aktive Behandlung mit Renten von 50—100% entlassen. Sie verhielten sich wie folgt:

	Fälle	Ledig	Verheiratet	Zu Hause gebessert	Durch spätere akt. Therapie symptomfrei	Ungebessert
Es lebten längere Zeit arbeitslos von der Rente	28	8	20	3[1])	8 (7 darnach leichte Berufsarbeit. 1 Geleg.-Arb.	17
Beschränkte Arbeitsleistung in gleicher soz. Stellung wie früher . .	16	6	10	—	2 (wieder im alten Beruf)	14
Beruf gegen soz. niedrigeren „leicht. Posten" gewechselt	6	—	6	—	—	6[2])
Leichte, soz. niedrigere Gelegenheitsarbeit . .	8	4	4	—	—	8
Baldige Aufnahme der früheren Tätigkeit . .	5	3	2	5	—	—
Zusammen:	63	21	42	8	10	45

[1]) a) Ordentlicher fleißiger Bäcker mit braver, tüchtiger Frau.
b) Ordentlicher Handwerker, nur kurz im Lazarett gewesen.
c) Anständiger Kaufmann, Zuspruch und moralische Stütze durch alte Firma.

[2]) Hilfsfeldhüter, Hausierer, Ausläufer, Amtsdiener, leichte Bureau- oder Handarbeit.

Es sind also von den 63 ohne aktive Behandlung mit hoher Rente entlassenen Fällen 42 schwer gesundheitlich geschädigt und sozial gesunken.

Statistik der nach aktiver Behandlung als kr. u. Entlassenen:

Entlassen wurden als	Fälle	Davon hatten bisher an Rente							
		100%	90%	80%	75%	70%	60%	50%	30%
Kr. u. ohne Rente	34	4	1	1	—	1	1	1	—
„ „ mit 10% Rente	6	1	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ 15% „	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ 20% „	10	1	—	1	1	—	—	1	1
„ „ „ 25% „	1	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ 30% „	6	3	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ 33% „	2	—	—	—	—	—	—	—	—
„ „ „ 50% „	2	1	—	—	—	—	—	—	—

Rente wurde von hier aus gewährt wegen Vorliegens einer emotionellen Schwäche, noch nicht ganz abgeklungener psychotischer Symptome, Erschöpfung, Herzneurose oder organischer Verletzung. Abgesehen davon stammen die mit Rente entlassenen Fälle aus der Frühzeit der aktiven Behandlung, wo noch nicht mit so prinzipieller Schärfe auf Rentenlosigkeit gedrungen wurde.

In Wirklichkeit kam nun aber der nach geglückter Heilung vorgeschlagene Entlassungsmodus keineswegs immer zur Durchführung. Besonders der Aufenthalt beim Ersatztruppenteil bis zum Abschluß des Entlassungsverfahrens brachte fast regelmäßig ein Rezidiv, das oft wieder Lazarettbehandlung erheischte. Manchmal kamen die Leute dann wieder zur Genesung, manchmal wurden sie aber in schlechterem Zustand entlassen. Man hat deshalb bald gelernt, die Leute direkt aus dem Lazarett in die Heimat zu entlassen. Die Mehrzahl der Rückfälligen des XIV. A.-K. wurden einer erneuten Suggestivbehandlung unterzogen und meist rentenfrei entlassen. Betrübender ist die

Statistik der nach aktiver Behandlung zum Dienst Entlassenen:

Entlassen wurden als	Fälle	Davon hielten sich im Dienst	Als rückfällig kamen zur Entlassung	Dabei erhielten an Renten									
				Unbestimmt	100%	90%	80%	65%	50%	40%	30%	25%	15%	0%
a. v. f. . .	17	3[1])	14	1	—	2	1	1	—	2	—	1	1	—
g. v. f. . .	9	4[2])	5	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	2
k. v. f. . .	1	1[3])												

[1]) Davon 1 nach Rezidiv und Wiederheilung durch Suggestivtherapie.
[2]) Davon 1 nach Rezidiv und Wiederheilung durch Suggestivtherapie.
[3]) Nach 2 Rezidiven; der Fall ist weiter unten beschrieben.

Zusammenfassende Ergebnisse.

Vorbemerkung: Der Bearbeitung des vorliegenden Materials liegt die Voraussetzung zugrunde, daß „die Hysterie" keine Krankheitseinheit ist, sondern daß es nur eine gewisse Art psycho-physischer Funktionsmechanismen gibt, die man hysterisch zu nennen pflegt. Eine Erörterung des Wesens dieser wohl allen Individuen gemeinsamen Reaktionsmöglichkeit gehört nicht an diese Stelle. Auf die Unterscheidung der Bezeichnungen: hysterisch im engeren Sinn, psychogen, ideagen, funktionell usw. wurde verzichtet, da ihr keinerlei prinzipielle Bedeutung zukommt. Der psycho-physische außerbewußte Funktionsmechanismus bedient sich physiologisch vorgebildeter körperlicher Mechanismen (Zittern, Contracturen, Paresen usw.) beim Zustandekommen der körperlichen Symptome[1]).

Zusammenfassend läßt sich über die Bewegungsstörungen im Krieg folgendes sagen:

Frage der „Kriegshysterie": Die in der Kriegsliteratur niedergelegte Erkenntnis, daß die im Krieg beobachteten hysterischen Störungen formal von denen der Friedenszeit nicht abweichen, kann bestätigt werden. Es besteht zwar eine weitgehende Übereinstimmung der Inhalte und Motive, die zur körperlich hysterischen Äußerung führten; man darf ja, wie schon Wilmanns unzweideutig betont hat[2]), die Kriegshysterie schlechthin als Abwehrreaktion auf das Kriegserlebnis und was damit zusammenhängt, auffassen. Bei den Bewegungsstörungen schlägt sich aber diese inhaltliche Gemeinsamkeit nicht in einförmiger Weise körperlich nieder, sondern erzeugt mannigfache Bilder, wie sie von früher her bekannt sind. Daß auch der „Gesunde" unter Umständen hysterische Symptome bieten kann, hat sich im Krieg häufig gezeigt. Wie falsch es wäre, solche Individuen als „hysterisch" zu bezeichnen, hat Nissl dargelegt[3]).

Entwicklung und Anlaß der hysterischen Störungen: Es muß unterschieden werden zwischen der Summe der die hysterische Reaktion vorbereitenden und fixierenden Motive und dem Anlaß, der die Bewegungsstörung in Erscheinung treten läßt. Je reichhaltiger, intensiver und andauernder die hysterisierenden Erlebnisse sind, desto geringer braucht der letzte Anstoß zur körperlichen Manifestierung der Hysterie zu sein. Damit sind wir bereits an dem Punkt, der auf die Persönlichkeit des Erkrankten hinweist. In Übereinstimmung mit der Feststellung Binswangers[4]) unterscheiden sich zwei Gruppen: Die von uns als „gesund" bezeichneten Individuen und die „Neurosebereiten".

[1]) Homburger, Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 28.
[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 14.
[3]) Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 26.
[4]) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 38. 1915.

Gesunde und Neurosebereite: Der Gesunde widersteht in der Regel den körperlichen Strapazen und seelischen Anforderungen des Dienstes besser und länger. Frühzeitig versagen kann er nach schwerem Trauma. Körperliche Schädlichkeiten, wie Erschöpfung, Unterernährung, Schlafmangel, Erkrankungen können neben psychischen Schädlichkeiten vorbereitend wirken, so daß die auslösende Ursache mit längerer Einwirkung dieser Schädlichkeiten geringer zu sein braucht. Auch Leute, die nach Verwundung oder Krankheit längere Zeit im Lazarett oder Garnison waren, bekommen bei späterem Feldaufenthalt leichter hysterische Symptome.

Beispiel I. (Erschöpfung vorbereitend b. Gesundem. Geringer Anlaß genügt zur hysterischen Reaktion.) Musketier D., 33jähriger Landwirt. Verheiratet, 5 Kinder. Sicher gesund früher. 10 Monate im Feld. Viel Artilleriefeuer. Zuletzt rasch zunehmende Erschöpfung, Schlafmangel. Nach Durchnässung Kreuzschmerzen. Im Lazarett allmählich Gehstörung, dazu später Kopftremor, bis zur vollen Ausbildung einer schweren Myotonoclonia trepidans. 2 Monate ohne aktive Behandlung im Lazarett. Wochenlang im Bett. Dann am Stock. Durch suggest. Elektr.-Behandlung in einer Sitzung symptomfrei. Wegen abklingender nervöser Erschöpfung mit 25% entlassen. Zu Hause rasch erholt, voll arbeitsfähig. Nur Klagen über Rückenschmerzen und Aufgeregtsein.

Bei den Neurosebereiten kann natürlich auch ein schweres Trauma auslösend wirken, doch können je nach der Hysteriebereitschaft der betreffenden Leute auch ganz minimale auslösende Ursachen genügen.

Beispiel II. (Geringfügiger Anlaß, schwere Symptome, interessante Lokalisation.) Trainsoldat K. Ledig. 25 Jahre. Beschränkter, fettsüchtiger hysterischer Psychopath. Armer Leute Kind. Von reicher Dame aufgezogen und verhätschelt. Als Kind gelegentlich Zitteranfälle. Nach 3 Tagen Ausbildung im Anschluß an Grußübungen Zittern im rechten Arm. 3 Monate im Lazarett. Allmählich schwere Myotonoclonia trepidans. Dabei launisch, stumpf, verschlossen. Ohne aktive Behandlung mit 75% entlassen. Arbeitet nichts, lebt ungebessert von der Rente.

Bedeutung des auslösenden Traumas: Zwischen der Intensität des Traumas und der Stärke oder Ausbreitung der Bewegungsstörung besteht keine direkte Beziehung. Wir sehen nach schwerem Trauma mitunter monosymptomatische, wenig agitierte Bilder, dagegen manchmal bei ganz geringen Anlässen ausgebreitete Erscheinungen. Schweres psychisches Trauma bedingt dagegen vielfach ein langsameres Abklingen der Erscheinungen. Ausschlaggebend ist wesentlich die Persönlichkeit des Betroffenen sowie die vorbereitenden und fixierenden Schädigungen. Mitunter läßt jede Erklärung des Zusammenhangs zwischen Trauma und Art der Bewegungsstörung im Stich (siehe Beispiel II).

Beispiel III. (Anlaß und Krankheitsbild stehen in keinem Verhältnis, Pseudodemenz bei Imbezillem.) Arm.-Soldat B., 40jähriger Landwirt.

verheiratet, 2 Kinder. Körperlich und geistig minderwertig, leichte Imbezillität. 1 Mon. als Armierungssoldat im Feld. Einmal in schwachem Granatfeuer gewesen. Wegen Hämorrhoiden ins Lazarett. Dort zunehmende schwerste Bewegungsstörung: Abasie, Astasie, wechselnder Tremor in verschiedenen Gliedern, vorübergehend allerhand Contracturen. Entwicklung eines Ganserschen Dämmerzustands. Dabei laut Gutachten bewußte Übertreibung der Pseudodemenz. 10 Mon. Anstalt. Durch suggestive elektrische Behandlung in einer Sitzung geheilt, auch psychisch frei. Kr. u. 30%. Krankheit zu Hause durch die Familie gezüchtet, die ihn bedauert, behütet und gegen den Willen des Hausarztes von der Arbeit zurückhält. Arbeitet nichts, Rentenkampf.

Grad der Neurosebereitschaft: Besonders anfällig sind neben den eigentlich hysterischen Psychopathen vor allem die weichen und ängstlichen Naturen, wie auch von anderer Seite schon hervorgehoben wurde. Es sind dies im wesentlichen also die egozentrisch Gerichteten. In großer Zahl beteiligen sich auch die Reizbaren, Explosiven, leicht Anregbaren, kurz, im ganzen aktivere Typen von lebhafter Reaktivität und intensivem Affektleben. Daß, im Gegensatz zu diesen „die reaktiv stumpfen und erlebnislosen Menschen kaum je an hysterischen Symptomen erkranken", hat Homburger betont[1]). Besonders häufig und früh scheinen auch Unfallkranke aus der Friedenszeit mit hysterischen Symptomen zu reagieren.

Körperliche Konstitution: Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen körperlicher Beschaffenheit und Hysteriebereitschaft kann nicht festgestellt werden. Wohl aber scheint körperliche Schwächlichkeit, wenn sie nicht schon so wie so mit verminderter nervöser und psychischer Widerstandskraft verbunden ist, das Eintreten hysterischer Störungen zu begünstigen. Der Schwächliche leidet unter Strapazen mehr als andere, braucht mehr Willenskraft, um seiner Beschwerlichkeiten Herr zu werden. Er versagt unter dieser seelischen Situation auch deshalb leichter, weil er schon in Friedenszeiten gewohnt war, sich zu schonen.

Einfluß der Intelligenz: Die intellektuelle Veranlagung kann von Einfluß auf das Gesamtbild sein. Positiv kann hier nichts ausgesagt werden, d. h. Intelligenz kann hysteriefeindlich wirken, braucht es aber keineswegs. Dagegen lehrt die Erfahrung, daß die ganz groben, plumpen und naiven Bewegungsstörungen oft im Verein mit Infantilismus, Pseudodemenz (ähnlich wie bei Haftpsychosen) mit Vorliebe bei geistig Minderwertigen oder Imbezillen vorkommen. Hier liegt einer der Gründe des Gegensatzes zu den unter unauffälligen Symptomen verlaufenden Offiziersneurosen. Bei Kranken, die zugleich Kopfschüsse haben, kann die Unterscheidung einer Pseudodemenz gegenüber einer traumatischen organischen Demenz sehr schwierig werden. Namentlich kann es fast unmöglich sein, festzustellen, ob außer der als

[1]) Münch. med. Wochenschr. 1916, Nr. 29.

solcher erkennbaren Pseudodemenz ein ursprünglicher oder erworbener Intelligenzdefekt vorliegt (siehe Beispiel III).

Milieu und Persönlichkeit: Mehr als die Intelligenz gibt die Gesamtpersönlichkeit den Ausschlag. Der seelisch undifferenzierte oder charakterlich tiefstehende Mensch hat im allgemeinen weniger positive Stützen gegen eine hysterische Reaktion wie der charakterfeste und im Leben zielbewußte Mensch. Dazu ist von Bedeutung auch das bürgerliche Milieu, das mit seinen Faktoren des Vermögens, der sozialen Stellung, Bildung und politischen Anschauungen hemmend wie fördernd wirken kann. So vermag der einzelne aus Erziehung, allgemein politischer und sozialer Einsicht oder Überzeugung, aus Standesbewußtsein und Verantwortungsgefühl, aber auch aus Angst vor Schande, Eitelkeit oder militärischem Ehrgeiz seelische Kräfte gewinnen, die hysteriefeindlich wirken. Daß im Einzelfall spezielle persönliche Interessen, pekuniäre oder familiäre Verhältnisse, kurz alle das Affektleben berührende Erlebnisse in beiderlei Hinsicht wirken können, ist selbstverständlich.

Beispiel IV. (Trotz Psychopathie, schwerem Krankheitsbild und hoher Rente rasche Besserung durch günstige soziale Lage und positive hysteriefeindliche Beeinflussung durch die Familie.) Ers.-Res. K., 24jähriger lediger Kaufmann, aus guten Verhältnissen. Höhere Schulbildung. Von jeher leicht erregbar, zappelig, jähzornig, alkoholintolerant. $2^1/_2$ Monate im Feld. Granatshock. 1 Monat mit allgemeinen nervösen Beschwerden im Lazarett. Dann in 2monatigem Garnisondienst wieder Verschlimmerung. Zum zweitenmal im Feld. Nach 5 Tagen Tremor der Arme und Verwirrtheitszustand ohne besonderen Anlaß. Im Lazarett Schulter- und Rumpftic, Schwerhörigkeit. Ärztlichem Zuspruch zugänglich, freundlich, willig. Kämpft gegen seinen Zustand an. Nach 1 Monat mit 100% entlassen. Bald darauf größere Erbschaft. Arbeitet an seiner Gesundung, von seiner Familie darin unterstützt. Nach wenigen Monaten wieder arbeitsfähig. Rente gestrichen. Nach Schreck einmal vorübergehendes Rezidiv.

Beispiel V. (Felddienstfähigkeit trotz mehrfacher hysterischer Symptomschübe infolge persönlichen militärischen Interesses.) Gefr. K., 25jähriger, gesunder Landwirt, hat die Absicht, aktiver Unteroffizier zu werden. Nach längerem Felddienst Gehstörung im Anschluß an schweres psychisches Trauma. Suggestiv geheilt, kehrte er bald zur Ersatztruppe zurück, rezidivierte und wurde entlassen. Zu Hause rasches spontanes Abklingen. Schon sehr bald wieder eingezogen und ins Feld. Nach 10 Tagen Rückfall infolge Schreckerlebnisses bei Sturmangriff. Spontane Besserung im Lazarett, dann zum drittenmal ins Feld, wo er sich seit einigen Monaten bewährt.

Einfluß der Erschöpfung: Als ein die Hysterie begünstigendes Moment wird vielfach die körperliche Erschöpfung mit allem, was dazu gehört, angesprochen. Das ist auch zweifellos richtig. Doch kann man auffallend häufig beobachten, daß der „Erschöpfungszustand" länger dauert als derartige Zustände bei Leuten ohne gleichzeitige hysterische Symptome zu währen pflegen. Die wirkliche Erschöpfung macht dann einem weiterbestehenden Erschöpfungsbewußtsein Platz, das aber seinerseits noch viel ungünstiger auf die hysterischen Symptome ein-

wirkt. Gar manche Kranke gehen aber unter der Diagnose „Erschöpfungszustand", ohne je in Wirklichkeit Erschöpfung nach sich ziehende Strapazen durchgemacht zu haben. Der psychische Habitus des „Lazarettinsassen" überhaupt bietet meist das Bild des Erschöpften, ohne daß mehr vorgelegen hat als ein durch die intensive Vorstellung des Erschöpft- und Gebrechlichseins erzeugter Zustand.

Zeitpunkt der hysterischen Erkrankung: Die Zeit des Auftretens der hysterischen Erscheinungen verhält sich verschieden zur auslösenden Ursache. Motorische Symptome können gleich nach einem Anfall, einer Bewußtlosigkeit, einem Trauma auftreten oder erst nach einer Inkubationszeit. Daß, wenigstens bei Gesunden, dem Auftreten von Spätsymptomen eine Bewußtseinsstörung vorhergeht, konnte oft beobachtet werden, aber nicht so regelmäßig, wie Binswanger meint. Begründeter erscheint die Ansicht, daß die Notwendigkeit, durch Flucht aus der Feuerlinie die eigene Person in Sicherheit zu bringen, vielfach dem Auftreten einer Bewegungsstörung entgegenwirkt und erst das Sicherheitsgefühl im Feld- oder Kriegslazarett die motorische Entladung der verhaltenen Affektspannung begünstigt. Auch die monosymptomatischen Pfropfsymptome treten oft spät auf. Gar nicht selten stellen sich hysterische Symptome erst ganz spät im Verlauf einer mehr oder minder unzweckmäßigen Lazarettbehandlung ein. Mehrfach wurde beobachtet, daß dem Auftreten einer länger dauernden Bewegungsstörung bereits früher gelegentlich motorische Erscheinungen vorausgingen, ohne sich zu fixieren.

Beispiel VI. (Nachschwerem Shock rasch verschwindende Symptome in der Feuerlinie; erst im Feldlazarett Fixierung der Störung.) Musk. B., 25jähriger, verheirateter Schlosser, früher gesund. 3 Monate im Feld. Verschüttung durch schwere Mine. Bewußtlos ausgegraben. Kurze Zeit taub, stumm, gelähmt. Nach einigen Stunden zu Fuß zu dem ziemlich weit zurückliegenden Verbandplatz. Amnesie für die Verschüttung. Im Feldlazarett allgemeiner Schütteltremor und Gehstörung mit geringer Halbseitenschwäche. Sprache bald von selbst gebessert. Totale Analgesie. Erschwerte Auffassung, pueriles Benehmen. Nach 1 Monat gebessert als a. v. f. zur Ersatztruppe. Dort Rückfall. Beurlaubt bis zur Entlassung. Zu Hause bei Fliegerangriff Verschlimmerung. Wieder ins Lazarett, dort Heilung durch aktive Suggestivbehandlung. D. u. ohne Rente. Wieder arbeitsfähig.

Beispiel VII. (Spätes Auftreten hysterischer Symptome nach längerem Felddienst während eines gelegentlichen Lazarettaufenthalts; bereits vorher im Feld vorübergehend hysterische Zeichen). Arm.-Soldat H., 28jähriger, gesunder, etwas ängstlicher Metzger. 12 Monate als Armierungssoldat im Feld. Mehrfach im Granatfeuer, dabei stets vorübergehend gezittert oder umgefallen. Wegen Bronchitis im Lazarett. Rekonvaleszenz zieht sich hinaus. Wochenlang im Bett. Danach Gehstörung. Verdacht auf Polyneuritis, Tabes. Polypragmatische Behandlung, Badekur. Ausgesprochener pseudoparetischer Schlottergang. Suggestivheilung in einer Sitzung. A. v. f. zur Truppe. Dort Rückfall mit Zittern beim Stillstehen. D. u. 40%. Zittert noch, ist beschränkt arbeitsfähig.

Gründe für das Auftreten der einzelnen Symptome: Für die Frage, warum einmal Zittern, ein andermal Gehstörung oder Tic auftritt, läßt sich oft, aber durchaus nicht immer eine Erklärung finden. Jedenfalls kann nach einer allgemeinen emotiven Shockwirkung jedes beliebige Symptom entstehen. Wenn wir aber bei einem Erschöpften einen fixierten Erschöpfungstremor finden, oder bei einem Rheumatiker eine Haltungsanomalie oder Hinken sich entwickeln sehen, und etwa eine Abwehr- oder Schutzbewegung nach einem Schreck in Form eines Tics fixiert bleibt, so haben wir verständliche Zusammenhänge an der Hand, warum gerade diese oder jene Störung bevorzugt wurde. Alle beliebigen Symptome können gleichzeitig oder nacheinander auftreten, ohne sich gegenseitig auszuschließen.

Beispiel VIII. (Auftreten verschiedener Symptome neben- und hintereinander.) Schütze D., 19jähriger, gesunder, kräftiger Landwirt. Etwas ängstlicher Mensch. 1 Monat Felddienst. Gewehrstreifschuß am Knie. Wegen fälschlichen Verdachts auf Gelenkverletzung Anlegung eines Gipsverbands. Nach dessen Abnahme hysterische Beugecontractur im Knie. Einige Zeit später suggestive Narkose, danach Beinparese mit Schlottergang. 2 Monate später Heilung durch elektrische Suggestivbehandlung. G. v. f. zur Truppe. Sofort Rückfall in Hinken, außerdem Auftreten eines groben Rumpftics. D. u. mit Rente.

Beispiel IX. (Deutliche Genese eines Tics als „Erinnerungskrampf".) Arm.-Soldat M., 28jähriger Möbelpacker, schwer reizbarer Psychopath mit hysterischen Zügen. Mittlerer Potator. Mehrfach bestraft wegen Roheitsdelikten. 1 Monat im Feld. Im Granatfeuer auf seinem Wagen, dabei gehen die Pferde durch, während er krampfhaft die Zügel festhält. Einige Tage später Entstehung eines groben schüttelnden Tics beider Arme, der die Zügelbewegung imitiert. 5 Monate lang im Lazarett. Tic anfangs dauernd, später bei geringstem Anlaß. Beseitigung durch aktive Suggestivbehandlung. D. u. ohne Rente. Arbeitet in der Papierindustrie. Ab und zu noch Zucken in den Armen.

Als hierher gehörig sei auch ein Fall erwähnt, wo sich an einen echten Tetanus ein hysterischer Pseudotetanus anschloß, der in grotesker Weise die Krämpfe des durchgemachten Starrkrampfes imitierte und übertrieb. Als Restsymptom blieb eine Haltungsanomalie.

Beispiel X. (Rumpftic auf Grund von Magenschmerzen, Lokalisation an einem locus minoris resistentiae.) Oberjäger R., 36jähriger, verheirateter Förster und Gärtner. Kein Neuropath. Mit 19 Jahren Magengeschwür. Im Feld nach 3 Monaten oberflächlicher Streifschuß an der Stirn. Seither nervöse Erscheinungen, die sich allmählich auf den Magen konzentrieren. War noch weitere 7 Monate draußen. Schließlich wegen allgemeiner Schwäche und Zittern ins Lazarett. Dort Auftreten eines groben Rumpftics auf Grund von „Magenschmerzen". Monatelang in Lazaretten, Revieren und auf Urlaub. Schließlich d. u. mit 50%. Zu Hause leichter Dienst als Förster. Wenig gebessert, Magenhypochonder.

Einem psychologischen Verständnis gut zugänglich sind diejenigen Motilitätsstörungen, durch die ein oder mehrere Gliedabschnitte ihrer zweckmäßigen Bestimmung entzogen werden, oder die sonstwie die Schadhaftigkeit oder Fehlerhaftigkeit einer körperlichen Funktion dokumentieren. Diese Störungen benutzen nun allerdings die vor-

gebildeten Mechanismen und bleiben daher nur bis zu diesem Punkt hin verstehbar. So werden wir ohne weiteres das Vorwiegen der Gehstörung verstehen, welche die für den Soldaten wichtigste Funktion aufhebt, während eine Reihe von anderen Störungen an den übrigen Gliedmaßen sowie sensorische und Sprachstörungen nicht mehr so deutlich auf die speziell soldatischen Aufgaben hinweisen und nur die Eigenschaft besitzen, überhaupt die Leistungsfähigkeit zu beschränken oder aufzuheben. Mit der gleichen Einschränkung verständlich ist die Fixierung von pathologischen Atemtypen, von Reflexbewegungen oder körperlichen Begleiterscheinungen von Schreck, Angst, Erschöpfung. Daß dabei Imitation des Gebarens Neugeborener oder ein Zurückgreifen auf Mechanismen früherer Entwicklungsstufen stattfindet, mag vorkommen.

Körperliche Lokalisation der Symptome: Häufiger als für die Art der auftretenden Störung finden sich Hinweise für die Lokalisation. Neben der durch die Art des Traumas gegebenen Determination, für die als Beispiel die bekannte Ptosis nach vorbeisausender Flintenkugel oder Beinlähmung nach Verbrennung des Hosenbeins dienen möge, setzt sich die hysterische Störung häufig an einem „locus minoris resistentiae" fest, wie es früher schon oft beschrieben worden ist. Dabei kann die Art der Widerstandsschwächung recht verschieden sein. Prädisponiert sind vor allem Gliedmaßen und Funktionen, die schon früher einmal Sitz einer hysterischen Betriebsstörung waren; ferner Körperteile, die durch organische Schädigungen entweder Schmerzen oder Gebrauchsschwierigkeiten verursachen oder aber auch nur in der Vorstellung des Kranken schadhaft sind. Hierunter fällt die von Ziehen als automimetisch bezeichnete Erscheinung. Dabei ist es, wie gesagt, durchaus nicht nötig, daß früher wirklich eine Erkrankung oder Funktionsstörung vorlag. Auch ein seinerzeit folgenfrei verlaufenes Trauma kann nachträglich zum Gegenstand hysterischer Einstellung gemacht werden. Hierher gehört auch das Vorwalten der rechtsseitigen Funktionsstörungen, in Fällen wo ein Hinweis für die Lokalisation durch das Trauma oder den Sitz einer körperlichen Veränderung fehlt. Diese Symptome spielen sich eben an der im naiven Körperbewußtsein bevorzugten Körperseite ab (siehe Beispiel X).

Beispiel XI. (Lokalisation an loc. minor. resist.) Füsilier S., 30jähriger, verheirateter Eisendreher. 2 Brüder im Feld gefallen. Schlecht begabter, ängstlicher, aber körperlich kräftiger Neuropath. Mit 18 Jahren Schreck durch Betriebsunfall. Seither Neigung zu Zittern. Seit Jahren Krampfaderbeschwerden am rechten Bein. Hat zeitweise gehinkt. Sofort nach der Einziehung Hinken und Zitteranfälle. Nach Suggestion Heilung, als a. v. f. zur Truppe. Sofort Rückfall, Entlassung ohne Rente. Arbeitet wie früher.

Beispiel XII. (Lokalisation an loc. min. resist.) Landsturmmann D., 20jähriger Schneider. Schwach begabter, ängstlicher, cretischer Hysteriker mit

Anfällen. Im Zivilleben nach Influenza und nach einem Streit mit seinem Meister je einmal vorübergehende Gehstörung. Sofort nach der Einziehung schwere, schlaffe Dysbasie. Nach Suggestion Heilung, im Arbeitsdienst versagt. D. u. Arbeitet wenig als Schneider, kaum gebessert.

„Psychische Infektion": Eine Bewegungsstörung, die nur auf Imitation von bei anderen gesehenen Symptomen beruhte, war selten zu beobachten, eigentlich nur in einem Fall beweisbar. Wohl aber können bei Leuten, die bereits eine Motilitätsstörung haben oder zur hysterischen Reaktion neigen, einzelne Symptome von Nachbarn imitiert werden. So hatte Verfasser Gelegenheit, eine Lazarettendemie von Schultertic zu erleben, die durch Isolierung und rasche Suggestivheilung der ursprünglich „ansteckenden" Individuen unterdrückt werden konnte. Aus den Massenhysterien des Mittelalters, den russischen Sekten und den Schulepidemien ist diese Tatsache bekannt.

Beziehung zwischen psychischen und körperlichen Symptomen: Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Art und Grad der Störung des seelischen Gleichgewichts einerseits und Stärke und Ausbreitung der Bewegungsstörung andererseits besteht nicht. So viel aber ist sicher, daß kein Mensch, der eine hysterische Bewegungsstörung zeigt, nicht auch mindestens zeitweise seelische Züge aufweist, die im weitesten Sinn als hysterisch bezeichnet werden müssen. Die hysterische Bewegungsstörung an sich ist eben niemals eine „körperliche Erkrankung sondern einzig und allein der motorische Niederschlag einer Auswirkung unterbewußter seelischer Vorgänge auf die körperlichen Funktionen, und in dieser Beziehung liegt eben das „Hysterische". Während eine hysterische Reaktion sich in rein psychischen Symptomen äußern kann, überdauern gar nicht selten die motorischen Erscheinungen die entsprechenden seelischen Erlebnisse. Lebhafte motorische Äußerungen, selbst wenn sie das Aussehen von Affektausdruck haben, brauchen durchaus nicht von entsprechendem seelischem Erleben begleitet zu sein. Mit dem Abklingen der motorischen Symptome kommt eine etwa begleitende psychische Alteration meist ebenfalls zum Schwinden. Ein Umschwung zum Guten auch hinsichtlich grob psychotischer Symptome wie Stupor oder Pseudodemenz kann jedenfalls durch aktive Therakie häufig erreicht werden.

Das Gesamtbild der seelischen Veränderungen hysterischer Art enthält nie ein wesentlich neues Element, das zur psychischen Persönlichkeit hinzutritt. Es zeigt vielmehr meistens einseitige, übertriebene, verzerrte oder karikierte Züge der bestehenden Charakteranlage, gefärbt und in ihrem Niveau bestimmt von Intelligenz und Bildungsgrad.

Prognose der hysterischen Bewegungsstörung.

Vorbemerkung: Das Material dieser Arbeit stammt teils aus der Zeit vor, teils nach der aktiven Hysteriebehandlung. Wenn dadurch das Resultat der

Statistik trüber wird, als es den heutigen Verhältnissen, wenigstens da, wo aktiv behandelt wird, entspricht, so sind doch gerade aus den in der Versorgung der Hystero-Somatiker gemachten Fehlern wichtige Einsichten zu gewinnen.

a) Wesentlich kausale Einflüsse.

Prinzipiell gleiche Gesichtspunkte wie für die Entstehung der hysterischen Bewegungsstörung gelten auch für ihre Prognose: Ursprünglich gesunde Individuen haben mehr Aussicht auf rasche Wiederherstellung als solche, die mehr oder minder disponiert sind.

Die auslösende Ursache hat, soweit keine organische Schädigung vor allem des Zentralnervensystems vorliegt — und auch dann nicht immer — keinen ursächlichen Einfluß auf die Dauer der Störung.

Körperliche Erschöpfung mit nervösen Symptomen von seiten des kardiovasculären Apparates oder visceralen Systems wirkt ungünstig, kann die Heilung verschleppen und die Rezidivbereitschaft erhöhen.

Frühere Schädigung der von hysterischen Symptomen befallenen Glieder ist von ungünstigem Einfluß.

Körperliche und intellektuelle Veranlagung kann für prognostische Erwägungen kaum herangezogen werden.

Heftigkeit und Ausbreitung der motorischen Symptome stehen in keinem direkten Verhältnis zu der zu erwartenden Krankheitsdauer.

Die einzelnen Mechanismen und komplexen Störungseinheiten haben ohne Rücksicht auf die Persönlichkeit, bei der sie sich abspielen, an und für sich bestimmte prognostische Eigenschaften, die an Bedeurung aber hinter psychologisch wirkenden Einflüssen zurückstehen.

Zittern: So ist vor allem das Zittern ein äußerst hartnäckiger Mechanismus, der einen hohen Grad von Rezidivneigung besitzt und auch beim „geheilten Gesunden" sich leicht wiedereinstellt. Monotremoren scheinen besonders hartnäckig zu sein.

Gehstörungen: Bei den Gehstörungen sind es die „Manieren", vor allem die Rhythmusstörungen, welche mit großer Zähigkeit festgehalten zu werden pflegen.

Tics: Die Tics sind neben den Tremoren am meisten zu Rückfall geneigt. Sie werden gewöhnlich allmählich seltener und weniger grob, um aber, auch wenn sie bereits verschwunden waren, oft beim geringsten Anlaß sich wieder einzustellen.

Paresen: Weniger hartnäckig sind die einfachen Paresen, die sich meist wenigstens bessern. Prognostisch schlechter sind Fälle, die mit sensiblen und vasovegetativen Störungen oder Atrophie einhergehen.

Contracturen: Contracturen sind schon an sich etwas hartnäckiger, besonders dann, wenn sie mit sensiblen oder trophischen Störungen verbunden sind.

Eigentliche Rezidive sind bei den Paresen und Contracturen seltener. Dagegen treten Zittern und mitunter auch Tics später häufig

dazu und bleiben in vielen Fällen das einzige intermittierende Restsymptom. Zittern begleitet überhaupt fast jedes Symptombild und löst auch andersartige Symptomkomplexe als Resterscheinung ab. So auch bei der Myotonoclonia trepidans, die, wenn sie sich einmal eingenistet hat, sehr hartnäckig werden kann.

„Schmerzen": Dysbasie und Schiefhaltungen rheumatogener Art können durch die bestehenden Schmerzen hartnäckiger verlaufen als ähnliche Störungen ohne Schmerzen.

Ganz allgemein kann man die Beobachtung machen, daß die ausgebreiteten, agitierten Formen sich nicht allzu lange in gleicher Stärke erhalten, sondern an Symptomfülle und an Heftigkeit der Erscheinungen verlieren, bis oft nur dies oder jenes Restsymptom, meistens Zittern, übrigbleibt, das dann bei allerhand Anlässen vorübergehend auftritt.

Komplikation durch psychische Symptome: Die Prognose der Fälle mit starker seelischer Alteration ist im Vergleich zu den psychisch wenig tangierten Fällen schlechter in bezug auf die Leistungsfähigkeit, nicht aber hinsichtlich der körperlichen Erscheinungen. Diese können sogar verschwinden und einem rein psychischen Bild Platz machen, das in Form von hysterischen Charakteräußerungen, emotioneller Schwäche, Pseudodemenz oder hypochondrischer Verstimmung verläuft. Dies ist besonders bei schweren Psychopathen, aber auch bei sekundär stark hysterisierten Persönlichkeiten der Fall. Es bildet sich also etwa eine Art von Äquivalenzverhältnis zwischen körperlicher und seelischer Störung heraus mit dem gemeinsamen Resultat der verminderten Leistungsfähigkeit als „Krankheitsgewinn".

b) Verständliche Zusammenhänge.

Wichtiger als die kausalen Beziehungen (die zuletzt angeführten waren schon nicht mehr rein kausal) ist für die Prognose das Verständnis der psychologischen Zusammenhänge.

Milieu und Persönlichkeit: Die ursprünglich auslösende Ursache und die späteren kausalen Einflüsse treten ganz zurück gegenüber den fixierenden oder hysteriefeindlichen Vorgängen verständlicher Art, welche geradeswegs auf die Beurteilung der einzelnen Persönlichkeiten und die Frage ihres äußeren Schicksals hinweisen. Dabei zeigt sich, daß die psychopathische Disposition eine geringere Rolle spielt als die seelische Gesamtsituation, in der sich der einzelne durch seine Bestrebungen, Befürchtungen, Willensantriebe und Hemmungen, Anschauungen und Rücksichten, soziale Stellung und wirtschaftliche Lage und auch durch seine äußeren Erlebnisse weiterhin befindet. Die Willensveranlagung des einzelnen ist dabei von entscheidender Bedeutung (siehe Beispiel IV und V). Es wird, um es anschaulich zu machen, ein hysterischer Psychopath mit schwerer Bewegungsstörung und psychischer Alteration in dem Augenblick eine bessere Prognose

haben als ein Gesunder unter den gleichen Voraussetzungen, wo es nur gelingt, alle die Bedingungen zu schaffen, die seine Person in eine Situation bringen, welche keinen Anlaß zu hysterischer Reaktion bietet, ja sogar möglichst hysteriefeindlich wirkt. Ein ursprünglich Gesunder aber unterscheidet sich unter andauernden hysterisierenden Verhältnissen (unrichtige Behandlung, soziale Not, Rentenkampf) in seiner Reaktionsweise in keiner Hinsicht von einem konstitutionellen Hysteriker.

Beispiel XIII. (Versagen der Therapie bei einem hysterisierten Individuum, das die Rente zum Leben braucht.) Wehrmann L., 39-jähriger, verheirateter Steinschleifer. Jugend normal, ohne neuropathische Zeichen. Fing an zu trinken, kam herunter. Häufiger Wechsel untergeordneter Berufe. Wandert auf Kassenkosten von einem Krankenhaus zum anderen wegen nervöser Leiden. Mit 36 Jahren Invalide. Lebt von der Rente. 8 Tage nach der Einziehung mit Durchfall ins Lazarett. Dort hysterische Anfälle, schwere groteske Gehstörung, gelegentlich saltatorischer Reflexkrampf. Geriebener Rentenjäger. Nach suggestiver Starkstrombehandlung symptomfrei entlassen. Zu Hause rückfällig, läßt sich von der Frau ernähren. Betreibt Rentenkampf.

Beispiel XIV. (Ungünstiger Milieueinfluß.) Trainfahrer F., gesunder, 28jähriger, wohlhabender Landwirt. Jung verheiratet. 12 Monate im Feld. Wegen langwieriger Kiefereiterung ins Lazarett. Dort hysterisches Hinken. Während des 6monatigen Lazarettaufenthalts durch Briefe seiner Frau (Elsässerin) verhetzt. Ist persönlich offen und freundlich, hat etwas Heimweh. Gebessert als g. v. f. zur Truppe. Weiter Hetzbriefe der Frau. Verschlimmerung. Schließlich d. u. mit 25%. Arbeitet zu Hause in der Landwirtschaft. Unverschämte Antworten der Frau auf ärztliche Anfragen.

Behandlung: Die Therapie gibt den Hauptausschlag für den Verlauf. So konnten nicht nur schwere Psychopathen, sondern selbst Fälle von Kopfsteckschuß oder anfänglich schwerer Hirnerschütterung durch aktive Behandlung symptomfrei gemacht werden. Die zunächst zu erstrebende Beseitigung der motorischen Erscheinungen ist prinzipiell in jedem Fall zu erzielen und gelingt nur bei reaktiv stumpfen Persönlichkeiten schwer. Dafür kommen derartige Fälle aber auch sehr selten vor. Aggravation erschwert in gleicher Weise die Heilung. Je reicher die persönliche Erfahrung ist, und je sorgfältiger man untersucht, desto seltener wird man die Diagnose Aggravation oder gar Simulation zu stellen brauchen. Gibt man dem Patienten irgendwie zu verstehen, daß man an seinem guten Willen zweifelt, wird man sich jedenfalls durch die Hervorrufung einer Trotzreaktion die Heilung unnötig erschweren. Von der Wachsuggestion, der Hypnose, der psychischen Abstinenzkur, dem Gewaltexerzieren bis hin zu der fälschlich sogenannten Starkstrombehandlung sind alle Suggestivmaßnahmen brauchbar. Die Vorteile der einzelnen „Methoden" werden in der durchschnittlichen Kriegsliteratur zu sehr in den Vordergrund gerückt. Vor dem Anpreisen bestimmter Methoden, „die in die Hand des Arztes gelegt werden können", kann nicht genug gewarnt

werden. Eine solche Auffassung vergißt die alte Weisheit, daß es nicht darauf ankommt, „was man macht", sondern „wie man es macht"; und man könnte ergänzend sagen „wer es macht". Es liegt alles daran, überhaupt ein persönliches Verhältnis zum Kranken zu bekommen, das je nach Talent, Geschmack und Lage des Falles mehr überredend-überzeugend oder mehr militärisch-imperativisch sein mag. Die Behandlung der Kriegsneurosen gehört in die Hand speziell geschulter Ärzte, denen eine Lazarettradition als wesentlich unterstützende Milieusuggestion zur Seite steht. Die Behandlung wird sich entsprechend dem Wesen der hysterischen Störung nicht auf die Beseitigung der motorischen Erscheinungen beschränken, und wird auch diese nicht einzig durch „lokale" Suggestivmanöver zu erzielen suchen, sondern stets im Auge behalten, daß jede Behandlung nicht nur gegen „das Zittern" oder „die Gehstörung" gerichtet ist, sondern den ganzen Menschen im Auge haben muß. Man wird ferner nicht vergessen dürfen, daß kein Eingriff, und sei er auch so massiv wie die Starkstrombehandlung, einer körperlichen Behandlung gleichkommt. Im Verein mit den direkt auf die Beseitigung der motorischen Störungen abzielenden Suggestivmaßnahmen muß durch möglichst enge Fühlung mit dem Kranken seinen Komplexen nachgegangen werden, die ja in der Mehrzahl der Fälle eine so naiv deutliche Übereinstimmung aufweisen: nämlich Angst oder Überdruß vor den Kriegserlebnissen sowie wirtschaftliche oder gesundheitliche Befürchtungen in Gemeinschaft mit dem Rentenkomplex. Gewiß werden einige Fälle davon abweichen, was aber nur eine inhaltliche Verschiedenheit und keinen prinzipiellen Gegensatz bedeutet. Die feinere inhaltliche Differenzierung wird eben für jeden Fall so verschieden sein, wie es die einzelnen Persönlichkeiten und Schicksale überhaupt sind. Aktive suggestive Beseitigung der motorischen Symptome und Neutralisierung der Komplexe im Verein mit Sicherung der Situation des Kranken nebst Erprobung im bürgerlichen Beruf während des Lazarettaufenthalts wird in jedem Fall zum Ziele führen, d. h. Symptomfreiheit, Erwerbsfähigkeit und psychische Festigkeit erreichen. Möglichste Abkürzung des Lazarettaufenthalts, Herausziehung aus den chirurgischen und inneren Lazaretten oder gar Genesungsheimen mit Einweisung in Speziallazarette ist anzustreben.

Beurteilung der Dienstfähigkeit: Zu einer sachgemäßen Behandlung gehört vor allem, daß man das Fazit aus der Tatsache sich vor Augen hält, daß nach unserer Statistik nur 1,7% aller an hysterischen Bewegungsstörungen Erkrankten wieder k. v. wurden und rund 12% in anderen Dienstfähigkeitsgraden standen. Dem entsprechen auch die von Wilmanns gefundenen Zahlen (k. v. f. = 1,1% bis 3,2%). Entlassung aus dem Heer, möglichst symptomfrei und ohne die sozial so gefährliche Rente muß zur Durchschnittsregel gemacht werden. Aus-

nahmen hinsichtlich der Entlassung können statthaben einmal bei Gesunden oder leichten Neuropathen, die eine unbedeutende, auf organischer Störung aufgepfropfte und das Seelenleben wenig berührende Bewegungsstörung gehabt haben. Sie aber als k. v. f. zu bezeichnen, dürfte wohl immer zu optimistisch sein. Gelingt es, einen geeigneten, militärischen Posten ausfindig zu machen, zu dem der eine oder andere Neigung hat (Krankenwärter, Schreiber, Polizeiunteroffizier usw.), so können unbedenklich auch mehr oder minder psychopathische Individuen dazu bestimmt werden, vorausgesetzt, daß ihr Verbleib in dieser Stellung garantiert ist. Bestehen aber gar bei dem oder jenem bestimmte militärische Absichten (Kapitulation, Beförderung, Beamtenlaufbahn usw.), so kann, wenn nicht schwere Psychopathie vorliegt, im Einzelfall sogar auf Felddienstfähigkeit erkannt werden. Diese Fälle werden aber stets seltene Ausnahmen bleiben.

Den Kriegsverhältnissen am besten angepaßt sind die durch das stellvertretende San.-Amt des XIV. A.-K. getroffenen Einrichtungen. Es werden dort im allgemeinen die Kranken nach Beseitigung der motorischen Symptome in Speziallazaretten für Kriegsneurotiker unter ärztlicher Aufsicht bürgerlicher Arbeit (hauptsächlich Kriegsindustrie) zugeführt und erst entlassen, wenn sie Proben ihrer Leistungsfähigkeit abgelegt haben. Rentenlosigkeit gilt dabei als Grundsatz. So wird der Kriegsneurotiker, der ja sowieso für die Truppe verlorengeht, statt in lange Lazarettlaufbahn und späteres Rentnerschicksal zu geraten, gesundheitlich und sozial gerettet.

Unfallhysterie im Frieden: Wie sich im Frieden Einrichtungen werden treffen lassen, um dem Parallelproblem der Unfallhysterie gerecht zu werden, muß zukünftigen Erörterungen vorbehalten bleiben. Die Richtlinien sind jedenfalls mit der Förderung einer möglichst zentralisierten Suggestivbehandlung unter Fachärzten und Rückführung in den bürgerlichen Beruf unter ärztlichem Einfluß sowie Rentenfreiheit — allenfalls Kapitalabfindung — gegeben.

Herrn Dr. Pilzecker danke ich die Überlassung der Krankengeschichten und wertvolle Anregungen und Vorschläge. Auch Herrn Professor Homburger möchte ich an dieser Stelle für bereitwilligen Rat und lehrreiche Kritik meinen Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Ich bin Sohn des † Zahnarztes Max Stern, am 23. I. 1893 in Mannheim geboren, besuchte dort die Vorschule und das Karl-Friedrich-Gymnasium, von dem ich im Sommer 1911 mit dem Reifezeugnis abging. Vom Herbst 1911 ab studierte ich 10 Semester lang Medizin und noch 1 Semester Philosophie, und zwar bis 1912 in Freiburg und München, dann dauernd in Heidelberg. Im Februar 1914 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und im November 1916 das ärztliche Staatsexamen. Inzwischen war ich am 1. April 1914 zum aktiven Dienst beim Gren.-Regt. 110 Heidelberg eingerückt, machte die ersten Feldzugsmonate als Gemeiner mit, kam dann zum Sanitätsdienst und bin seit April 1915 in Heimatlazaretten tätig, wo ich mich etwa 1 Jahr lang mit innerer Medizin und Röntgenkunde befassen konnte. Seit Juni 1916 beschäftige ich mich in Neurosenlazaretten mit der aktiven Suggestivbehandlung Hysterischer.

Der Verfasser.

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.